

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Intervenir auprès d'adultes dépendants à l'alcool ou aux drogues ayant expérimenté  
une ou plusieurs rechutes: point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant

Par  
Amélie Gormley

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
Psychoéducation

Mars 2012

© Amélie Gormley, 2012

*U-846*



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*

*ISBN: 978-0-494-88880-3*

*Our file Notre référence*

*ISBN: 978-0-494-88880-3*

#### NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

#### AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

# Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Intervenir auprès d'adultes dépendants à l'alcool ou aux drogues ayant  
expérimenté une ou plusieurs rechutes: point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant

Amélie Gormley

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Myriam Laventure

Directrice scientifique

Monsieur Robert Pauzé

Évaluateur externe

Monsieur Jean-Pascal Lemelin

Évaluateur externe

Mémoire accepté le 21 février 2012



## RÉSUMÉ

Les recherches stipulent qu'entre 40 % et 90 % des personnes présentant une dépendance à l'alcool et/ou aux drogues expérimenteraient au moins une rechute après avoir reçu des services d'aide (Douaihy, Stowell, Park et Daley, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; McLellan, 2002; Weisner, Matzger et Kaskutas, 2003). Plus de la moitié de ces usagers feraient appel de nouveau aux services et 13% utiliseraient ces mêmes services à cinq reprises et plus (Office of Applied Studies, 2002). La présente étude a pour objectif d'identifier les raisons qui incitent les personnes expérimentant une ou plusieurs rechutes à retourner vers les mêmes services, les besoins de ces personnes, les services qui pourraient répondre à leurs besoins ainsi que les attitudes professionnelles favorisant le maintien et le retour dans les services. Les données résultent d'entrevues semi-structurées réalisées à partir d'un échantillon composé de 11 usagers et de 10 intervenants psychosociaux provenant d'un centre de réadaptation public du Québec spécialisé en dépendance. Les résultats suggèrent que les usagers ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes dans le passé seraient exposés à un grand nombre de conséquences et de difficultés touchant plusieurs sphères de leur vie. L'ampleur des difficultés présentées demanderait des services plus intensifs et à plus long terme. Par ailleurs, les résultats font ressortir l'importance d'une aide extérieure et d'un réseau social de soutien dans le rétablissement des personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes. La qualité de la relation entre l'utilisateur et le professionnel aurait aussi un impact sur la motivation des usagers à poursuivre leur démarche et à faire de nouveau appel aux services en cas de besoins. Les résultats de cette étude permettent de conclure en plusieurs avenues intéressantes pour le développement et l'adaptation des services actuels à la clientèle confrontée à une ou plusieurs rechutes.

**Mots-clés : Dépendance, rechute, réadmission, besoins, traitement, services, attitudes professionnelles**

## SOMMAIRE

Les recherches stipulent qu'entre 40 % et 90 % des personnes présentant une dépendance à l'alcool et/ou aux drogues expérimenteraient au moins une rechute après avoir reçu des services d'aide (Douaihy, Stowell, Park et Daley, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; McLellan, 2002; Weisner, Matzger et Kaskutas, 2003). Plus de la moitié de ces usagers feraient appel de nouveau aux services et 13% les utiliseraient à cinq reprises et plus (Office of Applied Studies, 2002). Bien que plusieurs chercheurs soient d'avis qu'une proportion non négligeable de personnes dépendantes nécessitent plusieurs épisodes de services avant de parvenir à résoudre leur problème de consommation (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand, et Landry, 2010; Hser, Anglin, Grella, Longshore et Prendergast, 1997; Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier et Neveu, 2004), il semble que certains usagers n'aient pas la perception de trouver réponse à leurs besoins au sein des services actuels (Hser, Grella, Hsieh, Anglin et Brown, 1999a; Tuten, Jones, Lertch et Stitzer, 2007).

Selon les études qui se sont intéressées à la clientèle revenant à répétition dans les services d'aide suite à une rechute, ces personnes présenteraient un portrait clinique plus détérioré, caractérisé par un niveau de consommation plus grave (Anglin, Hser et Grella, 1997; Claus, Mannen et Schicht, 1999; Grella, Hser, et Hsieh, 2003; Hser, Joshi, Anglin et Fletcher, 1999b; Rash, Alessi et Petry, 2008) et la présence de plusieurs difficultés supplémentaires aux plans psychologique, financier, judiciaire, de leurs relations interpersonnelles, de leur réseau social (Anglin *et al.*, 1997, Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b) et au niveau de l'employabilité (Hser *et al.*, 1999a; Grella *et al.*, 2003; Rash *et al.*, 2008). Lorsque ces dernières feraient de nouveau appel aux services, elles se verraient offrir, dans la plupart des cas, les mêmes services qu'une personne utilisant les services pour la première fois (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b). Il a toutefois été possible de répertorier au sein de la littérature une forme d'intervention

développée spécifiquement pour les personnes ayant une ou plusieurs rechutes à leur actif, le *Recovery Management Checkup* (RMC), offrant aux usagers un suivi dans la communauté et un accompagnement personnalisé une fois le traitement régulier complété. Ce type d'intervention a démontré des effets positifs sur le rétablissement à long terme, pour la prévention de la rechute et dans le dépistage précoce des besoins de traitements additionnels chez les usagers à risque (Dennis, Scott et Funk, 2003; Scott, Dennis et Foss, 2005; Scott et Dennis, 2009). Au Québec, les centres de réadaptation en dépendance publics sont de plus en plus sensibilisés à la nécessité d'adapter les services à la clientèle revenant à répétition dans les services suite à une rechute, soit à la clientèle présentant une dépendance chronique (Desrosiers *et al.*, 2010).

La présente étude exploratoire a pour objectif d'identifier les raisons qui incitent les personnes expérimentant une ou plusieurs rechutes à retourner vers les mêmes services, les besoins de ces personnes, les services qui pourraient répondre à leurs besoins ainsi que les attitudes professionnelles favorisant le maintien et le retour dans les services. Les données résultent d'entrevues semi-structurées réalisées à partir d'un échantillon composé de 11 usagers (âge moyen de 44,9 ans, é.t. 11,5) ayant fait appel en moyenne à 2,3 reprises aux services d'un centre de réadaptation public spécialisé en dépendance (é.t. 0,5) et de 10 intervenants psychosociaux (âge moyen de 40,3 ans, é.t. 19), provenant de ce même centre, ayant déjà eu à travailler avec une clientèle en rechute.

Les résultats indiquent d'abord que l'ampleur des conséquences négatives associées à la consommation et vécues par la personne influence le retour dans les services. Les individus motivés à modifier leurs habitudes de consommation et ayant apprécié les services reçus antérieurement seraient davantage portés à faire appel aux services à plus d'une reprise. En ce qui concerne les besoins, les usagers ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes dans le passé seraient exposés à un grand nombre de difficultés touchant plusieurs sphères de leur vie telles que leur bien-être psychologique, leurs relations interpersonnelles, de même qu'au niveau de leurs besoins de base. L'ampleur des difficultés présentées par ces personnes pourrait d'ailleurs nécessiter, dans certains cas, un temps d'arrêt de leur milieu de

consommation ou encore, la réorganisation de leur mode de vie. Par ailleurs, les résultats font ressortir l'importance d'une aide extérieure et du réseau social de soutien dans le rétablissement des personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes. Devant l'absence de services spécifiques à la clientèle ayant vécu une ou plusieurs rechutes, certaines pistes d'amélioration à apporter dans les services actuels ont aussi été suggérées par les participants, soit de rendre les services plus accessibles, d'augmenter l'intensité des services offerts, que les services spécialisés en dépendance instaurent une ligne téléphonique de crise, que ces usagers puissent bénéficier d'un suivi à plus long terme une fois le traitement régulier terminé et de favoriser une meilleure connaissance de la rechute et des services offerts dans la communauté. Certaines attitudes de l'intervenant auraient aussi une influence sur le maintien et le retour des personnes en rechute au sein des services, telles que la création d'un lien de confiance avec l'utilisateur, l'acceptation inconditionnelle, l'habileté à susciter la motivation de l'utilisateur, la capacité d'écoute ainsi que l'expérience de l'intervenant.

En ce sens, les résultats de cette étude suggèrent plusieurs avenues intéressantes pour le développement et l'adaptation des services actuels à la clientèle confrontée à une ou plusieurs rechutes. D'abord, l'accumulation de conséquences négatives au cours de la rechute, de même que l'absence d'un portrait homogène caractérisant les difficultés présentées par ces usagers militent en faveur d'une évaluation exhaustive, dressant un portrait global de l'utilisateur, à chaque nouvelle demande de services. Par ailleurs, les résultats viennent confirmer qu'en raison de leur plus grande vulnérabilité (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008), les usagers utilisant les services à répétition suite à une rechute auraient avantage à recevoir des services d'une plus grande intensité et s'échelonnant sur une plus longue période. La qualité de la relation entre l'utilisateur et le professionnel aurait aussi un impact sur la motivation des usagers à poursuivre leur démarche et à faire de nouveau appel aux services en cas de besoins. Devant le faible réseau social de soutien qu'ils présentent, les usagers chronicisés se tourneraient vers les services afin d'aller chercher l'appui et



l'accompagnement nécessaire pour se sortir de leur dépendance. Considérant que les rechutes peuvent affecter l'estime et l'espoir de réussir à vaincre de leur dépendance (Mercier et Alarie, 2000), les intervenants devraient privilégier l'approche motivationnelle et éviter de se montrer culpabilisants à l'égard de la rechute de leurs clients et ce, afin de s'assurer que ces personnes demeurent suffisamment longtemps dans les services pour bénéficier des effets positifs des traitements reçus (Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.* 1999b; Rash *et al.*, 2008). Or, devant l'impact positif du réseau social sur le rétablissement des usagers à long terme (Hser *et al.*, 1999a; Scott et Dennis, 2009), les professionnels ne devraient pas demeurer la seule source de soutien, mais plutôt tenter d'amener ces usagers à se créer un réseau de soutien positif. Enfin, pour pallier au manque d'accessibilité à certains services, l'instauration d'un service téléphonique de crise apparaît comme une avenue pertinente à considérer. L'intervention *Recovery Management Checkup* (RMC) pourrait aussi être intéressante à reproduire au Québec afin d'évaluer si ce type de service produit les mêmes effets positifs. En somme, l'adaptation des services aux usagers revenant à répétition dans les services suite à une ou plusieurs rechutes permettrait sans aucun doute de favoriser davantage le rétablissement à long terme de ces usagers et à ainsi prévenir les rechutes, de même que le retour dans les services.

Certaines limites doivent toutefois être considérées dans l'interprétation des résultats obtenus dans le cadre de cette étude, notamment en ce qui concerne l'hétérogénéité des profils des usagers de l'échantillon en termes de services reçus dans le passé, rendant les résultats difficilement généralisables à l'ensemble des services offerts pour les personnes dépendantes. De plus, le fait que les données soient rétrospectives, basées sur le souvenir des usagers et l'expérience générale des intervenants, a pu nuire à la validité des résultats et faire en sorte que certains résultats ne soient pas spécifiques à la clientèle chronicisée. Pour pallier ces limites, il serait intéressant de recruter des dyades intervenants/usagers et d'ajouter des données quantitatives, notamment par l'utilisation de questionnaires évaluant la qualité des services reçus à partir d'une échelle de satisfaction standardisée.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	5
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	12
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	13
<b>DÉDICACE</b> .....	14
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	15
<b>PREMIER CHAPITRE – LA PROBLÉMATIQUE</b> .....	16
1. INTRODUCTION .....	16
1.1 Prévalence et conséquences de la dépendance .....	17
1.2 L'utilisation des services par les personnes dépendantes .....	18
1.3 Cadre théorique de la rechute .....	19
1.4 Conséquences de la rechute .....	22
1.5 L'utilisation répétée de services par les personnes dépendantes .....	23
1.6 Identification des besoins chez les usagers de services en dépendance ..	26
1.7 Questions de recherche .....	27
<b>DEUXIÈME CHAPITRE – LA RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	29
1. MÉTHODE DE RECENSION .....	29
2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES .....	31
3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES .....	34
3.1 Besoins de services identifiés ou exprimés par les personnes ayant vécu une ou plusieurs rechutes .....	34
3.2 Services développés pour les personnes en rechute.....	37
3.3 Adéquation entre les services et les besoins des personnes en rechute ..	39
4. SYNTHÈSE ET LIMITES DES ÉTUDES .....	41
5. OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	45
<b>TROISIÈME CHAPITRE – MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE</b> .....	46
1. DEVIS DE RECHERCHE .....	46
2. ÉCHANTILLON .....	46
2.1 Les usagers .....	47
2.2 Les intervenants.....	48

3. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES .....	49
4. INSTRUMENT DE MESURE .....	50
5. ANALYSE DES DONNÉES .....	51
<b>QUATRIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>53</b>
1. RAISONS DE RETOUR DANS LES MÊMES SERVICES SUITE À UNE RECHUTE .....	53
1.1 Appréciation et confiance à l'égard des services reçus antérieurement .	53
1.2 Expérience de conséquences négatives.....	54
1.3 Désir d'être accompagné dans sa démarche de changement .....	55
1.4 Motivations au changement .....	56
2. BESOINS DES USAGERS EXPÉRIMENTANT UNE OU PLUSIEURS RECHUTES.....	57
2.1 Recevoir de l'aide extérieure .....	58
2.1.1 Être guidé et mieux outillé .....	58
2.1.2 Être soutenu moralement .....	59
2.1.3 Être écouté et pouvoir se confier .....	59
2.1.4 Être encadré ou pris en charge .....	60
2.2 Améliorer son bien-être psychologique .....	60
2.2.1 Apprendre à mieux gérer ses émotions .....	61
2.2.2 Résoudre un deuil ou un traumatisme .....	61
2.2.3 Vivre mieux et être plus heureux .....	62
2.2.4 Développer l'estime de soi.....	62
2.3 Améliorer son réseau social et ses relations interpersonnelles .....	63
2.4 Prendre un temps d'arrêt.....	64
2.5 Besoins de base .....	64
2.6 Réorganiser sa vie.....	65
3. SERVICES QUI POURRAIENT ÊTRE OFFERTS AUX USAGERS EN RECHUTE .....	66
3.1 Services actuels.....	66
3.1.1 Groupes d'entraide .....	67
3.1.2 Suivi individuel dans la communauté .....	67
3.1.3 Réinsertion sociale.....	68
3.1.4 Exploration des causes de la rechute et plan de prévention de la rechute.....	68
3.1.5 Approche motivationnelle .....	69
3.1.6 Approche positive .....	70

3.1.7 Services spécifiques à la clientèle en rechute .....	70
3.2 Services à développer.....	71
3.2.1 Service téléphonique.....	72
3.2.2 Groupes d'entraide .....	72
3.2.3 Suivi post-intervention.....	73
3.2.4 Information et formation sur la dépendance et la rechute .....	74
3.2.5 Accessibilité des services .....	75
3.2.6 Intensité des services .....	76
3.2.7 Diffusion des services disponibles dans la communauté .....	77
3.2.8 Responsabilité de l'utilisateur dans la prévention de la rechute.....	77
4. QUALITÉS ET ATTITUDES PROFESSIONNELLES FAVORISANT LE MAINTIEN OU LE RETOUR DES USAGERS EN RECHUTE DANS LES SERVICES.....	78
4.1 Savoir créer la relation .....	79
4.2 Acceptation inconditionnelle.....	79
4.3 Savoir susciter la motivation .....	80
4.4 Capacité d'écoute .....	81
4.5 Expérience de l'intervenant.....	82
<b>CINQUIÈME CHAPITRE – DISCUSSION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>84</b>
1. DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	84
1.1 Raisons de retour dans les mêmes services suite à une rechute .....	84
1.2 Besoins des usagers expérimentant une ou plusieurs rechutes .....	86
1.3 Services qui pourraient être offerts aux usagers en rechute .....	88
1.4 Qualités et attitudes professionnelles favorisant le maintien ou le retour des usagers en rechute dans les services.....	93
2. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	94
3. RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES .....	96
4. RECOMMANDATIONS POUR L'INTERVENTION .....	98
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>100</b>
<b>ANNEXE A – TABLEAU DE RECENSION.....</b>	<b>106</b>
<b>ANNEXE B – ATTESTATIONS DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE.....</b>	<b>116</b>
<b>ANNEXE C – GUIDES D'ENTREVUE .....</b>	<b>120</b>
<b>ANNEXE D – TABLE DE CODIFICATION.....</b>	<b>130</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Caractéristiques des études recensées.....	107
Tableau 2	Tableau récapitulatif des résultats de l'étude.....	83

## **LISTES DES FIGURES**

Schéma 1	Modèle dynamique de la rechute de Witkiewitz et Marlatt (2004)	21
----------	---	----

À la mémoire de Rachel,  
modèle de ténacité et de persévérance...

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord j'aimerais remercier tout particulièrement Mme Myriam Laventure, directrice de cette recherche, d'avoir cru à ce projet et pour son soutien tout au long de celui-ci. Je remercie Myriam pour son ouverture, son souci de rigueur, son dynamisme et surtout, de m'avoir transmis sa passion pour la recherche et l'intervention en toxicomanie.

Je tiens aussi à remercier M. Robert Pauzé et M. Jean-Pascal Lemelin qui ont contribué à l'amélioration de ce mémoire en acceptant de l'évaluer. Merci également à Stéphanie Cyr-Daigneault pour sa contribution à la correction linguistique de ce mémoire.

Par ailleurs, je remercie les intervenants et les usagers du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA) qui ont accepté de participer à la recherche et sans qui ce projet n'aurait jamais pu être possible. Il en est de même pour la direction générale du CRAT-CA et les services de recherche de l'établissement, plus particulièrement Michel Larochelle et Francine Ferland, qui ont accepté de m'ouvrir leurs portes et de m'offrir leur soutien pour la réalisation de ce projet. Je tiens également à exprimer ma plus sincère reconnaissance à Marie-Lou Audet, Catherine LeCorff et Stéphanie Cyr-Daigneault qui ont apporté un fier coup de main lors de la collecte et de la saisie des données. Je désire aussi remercier le CRSH d'avoir contribué financièrement à mes études de maîtrise et d'avoir cru en ce projet de recherche.

Enfin, j'aimerais remercier spécialement mes amis(es), mon conjoint Jonathan, ma sœur Audrey ainsi que mes parents, Sylvie et Steve, qui ont toujours été derrière moi au cours des dernières années par leur appui, leur écoute et leur confiance en mes projets. Merci pour les nombreux encouragements, surtout dans les moments plus difficiles.



## **PREMIER CHAPITRE LA PROBLÉMATIQUE**

Ce projet de recherche porte sur les besoins de services des personnes aux prises avec un problème de dépendance vivant une rechute et sur les services qui leur sont offerts. Ce premier chapitre s'attarde tout d'abord à faire le point sur le phénomène de la dépendance au Québec, à définir la rechute, à dresser un portrait de l'utilisation des services par les personnes dépendantes ainsi qu'à définir le concept de besoin de services. Les conséquences liées à la dépendance à une substance, à la rechute et à l'utilisation répétée de services par les personnes dépendantes sont aussi exposées. Pour conclure ce chapitre, les questions de recherche orientant la recension des écrits sont présentées.

### **1. INTRODUCTION**

Au fil des années, la conception de la dépendance a connu une évolution considérable ayant grandement contribué à l'amélioration des services d'aide offerts aux personnes aux prises avec un problème de dépendance<sup>1</sup> (Brisson, 2000). Or, malgré cette évolution, les études empiriques ne dénotent pas pour autant une diminution de l'incidence de cette problématique qui serait plutôt demeurée stable depuis les dix dernières années (Daveluy, Pica, Audet, Courtemanche et Lapointe, 2000; Statistique Canada, 2003). Qui plus est, il semble qu'un nombre non négligeable de personnes dépendantes faisant appel à des services d'aide reprendraient leur consommation suite à l'arrêt ou à la diminution de celle-ci. En effet, selon le type et l'intensité des services reçus, la substance consommée et la gravité des problèmes présentés, entre 40 et 90 % des gens ayant bénéficié de services de réadaptation en toxicomanie expérimenteraient une rechute par la suite (Miller et Hester, 1980; McLellan, Lewis, O'Brien *et al.*, 2000; Daley, 2003 dans

---

<sup>1</sup> La dépendance est un terme employé pour définir une consommation problématique d'alcool, de médicaments psychotropes et/ou de drogues illicites (Santé Canada, 2000). La dépendance, telle que définie par le DSM-IV-TR (APA, 2004), s'installe après une période de consommation assidue et excessive d'une ou de plusieurs substances psychoactives et se caractérise par un désir incontrôlable de consommer ces substances ou par la présence d'un sevrage suite à l'arrêt de celles-ci. La consommation, qui prend alors une place de plus en plus grande, est souvent accompagnée d'un sentiment subjectif de perte de contrôle et de difficultés de fonctionnement dans une ou plusieurs sphères de la vie de la personne.

Douaihy, Stowell, Park et Daley, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; Weisner, Matzger et Kaskutas, 2003). Un tel constat questionne forcément l'efficacité et la réelle amélioration des services offerts aux personnes dépendantes, mais aussi, les besoins spécifiques de certains usagers plus à risque d'échouer dans leur tentative de contrôler leur dépendance.

### **1.1 Prévalence et conséquences de la dépendance**

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, on estime qu'au Québec, environ 2 % des personnes âgées de quinze ans et plus présentent un diagnostic de dépendance à l'alcool, ce qui représenterait plus de 100 000 personnes. Au Canada, le taux serait sensiblement le même, s'élevant à 2,6%. La dépendance à une drogue illicite toucherait, quant à elle, 0,8 % des Québécois et 0,7 % des Canadiens (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008; Tjepkema, 2004). La dépendance à une substance n'est pas sans conséquences pour les personnes aux prises avec un tel problème. En effet, ces personnes se retrouvent souvent confrontées à diverses difficultés supplémentaires telles que des conflits interpersonnels, des difficultés financières, des démêlés avec la justice, des problèmes d'ordre psychologique, des accidents, des problèmes physiques et, des difficultés à accomplir leurs obligations professionnelles et/ou familiales (Chayer, Larkin, Morissette et Brochu, 1997; Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006). Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool et de drogues serait associée à des risques plus élevés de maladie chronique et de mortalité (Desjardins, 1996; Rehm, Baliunas, Brochu, Fischer, Gnam, Patra, Popova, Sarnocinska-Hart et Taylor, 2006). Cela est sans compter les coûts sociaux et de santé reliés à cette problématique, coûts estimés à près de 40 milliards de dollars au Canada (Rehm *et al.*, 2006) et à 4,4 milliards de dollars au Québec (Desjardins, 1996). Or, la dépendance est un problème complexe, ses sources, ses manifestations et ses conséquences variant d'une personne à l'autre (Nadeau et Biron, 1998). Ainsi, pour être efficace, l'intervention se doit de prendre en considération l'ensemble des difficultés qui affectent la personne et d'être à la fois souple et personnalisée (Gouvernement du Québec, 2006; Roberts et Ogborne, 1999; Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier et Neveu, 2004).

## 1.2 L'utilisation des services par les personnes dépendantes

On estime qu'au Québec, seulement 19 % des adultes présentant un trouble lié à la consommation de substances psychoactives feraient appel à des services d'aide (Lesage, Rhéaume et Vasiliadis, 2008). Parmi ceux-ci, un dixième utiliserait les services de centres spécialisés de réadaptation en dépendance (Tremblay *et al.*, 2004), alors que les autres se tourneraient plutôt vers d'autres types de services, tels que les milieux hospitaliers, les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les psychologues, les groupes d'entraide ou d'autres organismes de la communauté (Lesage *et al.*, 2008). Or, les raisons incitant une personne dépendante à consulter un service d'aide et les trajectoires d'utilisation des services par ces personnes sont encore très peu étudiées (Roberts et Ogborne, 1999; Mercier et Alarie, 2000).

Malgré la prestation de services, tel que mentionné précédemment, plusieurs personnes dépendantes, voire une majorité, expérimenteraient une rechute par la suite (Douaihy, Stowell, Park et Daley, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; McLellan, 2002; Weisner, Matzger et Kaskutas, 2003). Pour certains, la reprise des conduites addictives impliquerait une nouvelle demande de services. Selon les données recueillies en 1999 par le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 60 % des usagers de services en dépendance aux États-Unis auraient utilisé ces services à plus d'une reprise et 13 % à cinq reprises et plus (Office of Applied Studies, 2002). Ces individus présenteraient le plus souvent une trajectoire de consommation non linéaire, variant largement d'un individu à l'autre, marquée par des périodes de traitement, d'abstinence, de rechute et de retour au traitement (Hser, Anglin, Grella, Longshore et Prendergast, 1997; Scott, Dennis et Foss, 2005). Ces personnes devraient donc faire appel plus d'une fois à des services avant de réussir à contrôler définitivement leur consommation (Hser *et al.*, 1997).

Une plus grande attention mériterait alors d'être portée aux besoins de traitement particuliers des usagers ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes et pour qui les services reçus dans le passé ne semblent pas avoir donné les résultats escomptés. En effet, il apparaît pertinent de se questionner sur les services à offrir à

une personne qui, suite à une ou plusieurs rechutes ou à plusieurs traitements, revient demander de l'aide. Comprendre le phénomène de la rechute apparaît alors dans un premier temps nécessaire.

### 1.3 Cadre théorique de la rechute

On parle généralement de rechute lorsqu'une personne présentant une dépendance à un psychotrope consomme à nouveau de façon excessive le même psychotrope ou un autre après une période d'abstinence ou d'usage modéré (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies [ISPA], 2007; Marlatt et Gordon, 1985), lorsqu'un changement dans la consommation n'a pas été maintenu (Annis et Davis, 1991) ou lorsque l'usage d'un psychotrope résulte en un besoin de faire appel à nouveau à des services d'aide (Donovan, 1996). Selon plusieurs auteurs, la rechute ne devrait pas être vue comme un événement ponctuel ou un simple dérapage<sup>2</sup>, mais comme l'aboutissement d'un processus à long terme ayant mené à un retour de la consommation antérieure sur une période prolongée (Annis et Davis, 1991; ISPA, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; Witkiewitz et Marlatt, 2004; 2007; Witkiewitz et Masyn, 2008).

Plusieurs chercheurs (Annis, 1986; Litman, Eiser, Rawson et Oppenheim, 1977; Lowman, Allen et Stout, 1996; Marlatt et Gordon, 1985; Marlatt, 1996; Donovan, 1996; Witkiewitz et Marlatt, 2004; Witkiewitz et Masyn, 2008) ont contribué à la compréhension du processus menant à la rechute. Tous ces auteurs, les plus cités étant Marlatt et Gordon (1985), ont recours à l'approche cognitivo-comportementale pour expliquer les rechutes chez les personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. En effet, afin de préserver leur abstinence ou le contrôle

---

<sup>2</sup> Le dérapage est défini dans la littérature comme un retour ponctuel à la consommation, sur une courte période, suivi d'un retour à l'abstinence ou à une consommation contrôlée. On différencie le dérapage de la rechute par le fait que la consommation reliée à la rechute serait davantage prolongée ou répétitive. Selon les auteurs, le dérapage serait alors décrit comme une étape préliminaire à la rechute, soit au retour de la dépendance ou de la consommation abusive et au style de vie initial (Marlatt et Gordon, 1985; Witkiewitz et Marlatt, 2004; Witkiewitz et Masyn, 2008).

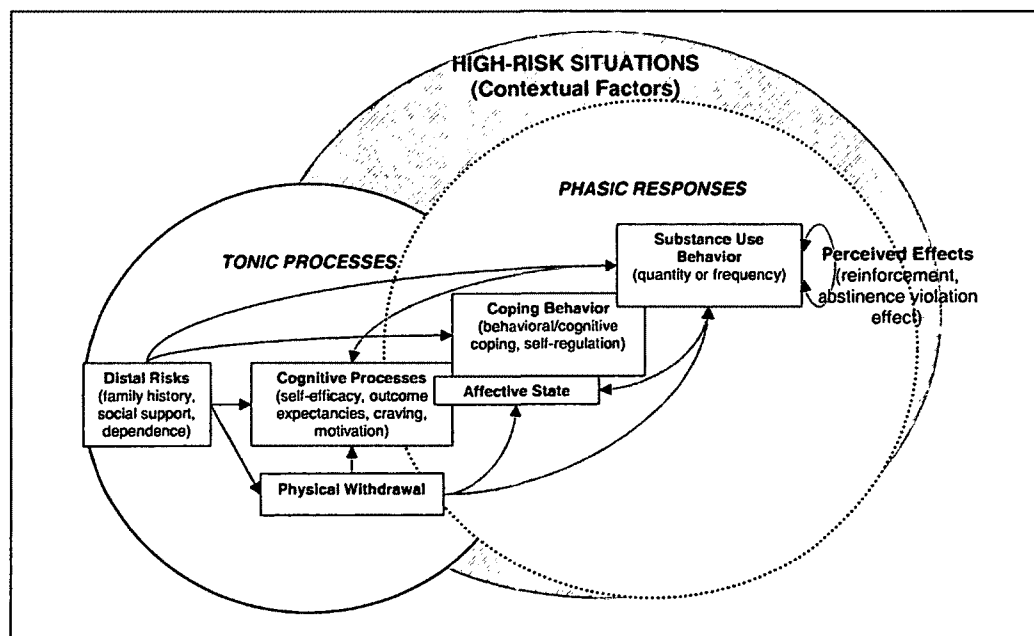
de leur consommation, les personnes dépendantes devraient d'une part identifier les situations dites « à risque » et d'autre part, cibler des stratégies qui leur permettront de faire face à ces situations ainsi qu'à leurs envies de consommer. Plus elles y parviendraient efficacement, plus ces personnes développeraient leur sentiment d'auto-efficacité à faire face à nouveau à ces situations et à l'égard du maintien de leur objectif de changement de leur consommation. D'un autre côté, une résolution inadéquate des situations à risque (événements, difficultés personnelles, personnes ou endroits à risque, émotions, comportements, pensées, envies de consommer) ou des dérapages amènerait alors la personne à croire de moins en moins en ses propres capacités et l'inciterait davantage à retourner à ses anciennes habitudes de consommation.

Ce modèle initial de la rechute a par la suite été révisé par plusieurs auteurs dont, plus récemment, par Witkiewitz et Marlatt (2004) afin d'évoluer vers une conception de la rechute plus complexe ainsi qu'en incluant et en distinguant les facteurs prédisposants (*tonic processes*), les facteurs précipitants (*high-risk situations*) et les facteurs modérateurs (*phasic responses*). Selon Witkiewitz et Marlatt (2004), la rechute devrait être vue davantage comme un processus dynamique dans le temps, plutôt que statique, impliquant des dimensions biologiques, psychologiques, cognitives, affectives, sociales et contextuelles. La façon dont les personnes dépendantes réagiraient lorsqu'elles sont confrontées à une situation à risque de consommation dépendrait alors non seulement de la nature de la situation, du moment auquel cette situation survient, mais aussi de la prédisposition de l'individu à répondre à cette situation. À la page suivante, le schéma 2 présente, de façon intégrale, le modèle élaboré par Witkiewitz et Marlatt (2004).

Tel qu'illustré, le diagramme de gauche représente les facteurs décrits par les auteurs comme des vulnérabilités personnelles plaçant l'individu à risque de consommer telles que l'histoire familiale, le réseau social, le type et la gravité de la dépendance, le niveau de motivation et d'auto-efficacité face à l'arrêt de la consommation, etc. (*tonic processes*). Ces vulnérabilités influenceraient, par ailleurs, la façon par laquelle l'individu évaluerait ses capacités au changement ainsi que ses

réactions, physiques, psychologiques et affectives aux événements ou aux situations à risque (*phasic responses*). Le diagramme hachuré représente, de son côté, les situations à risque précipitant ou non la rechute chez l'individu (*contextual factors*). Ainsi, tout dépendamment du contexte et de l'état psychologique et affectif de la personne, celle-ci pourrait réagir différemment lorsqu'une situation à risque se présente. Le cumul de stratégies efficaces pour affronter ces situations, les envies de consommer ou pour se ressaisir suite à un dérapage auraient, chez l'individu, un impact sur l'estime et sur sa motivation à poursuivre ou non la démarche de changement. Le répertoire de stratégies dont l'individu dispose viendrait ainsi modérer les risques de rechute. C'est d'ailleurs sur les facteurs modérateurs (*phasic responses*) que les interventions dites de prévention de la rechute devraient porter leur attention en préparant l'individu à faire face aux situations à risque et ce, en supportant le développement de stratégies susceptibles de l'aider à affronter positivement les situations à risque de rechute et à mieux gérer les pensées et les émotions négatives engendrées par celles-ci.

Schéma 1 : Modèle dynamique de la rechute de Witkiewitz et Marlatt (2004)



#### 1.4 Conséquences de la rechute

En premier lieu, il apparaît évident que la rechute chez les personnes dépendantes à l'alcool ou aux drogues et l'utilisation répétée de services en toxicomanie engendrent nécessairement des coûts sociaux supplémentaires. Or, au-delà des préoccupations économiques, l'utilisation répétée de services en dépendance suite à une rechute aurait aussi un impact négatif sur le pronostic de l'usager. En effet, les résultats d'une étude réalisée par Hser, Joshi, Anglin et Fletcher (1999b) suggèrent que les personnes faisant appel à des services d'aide à plusieurs reprises répondraient moins bien aux traitements. Qui plus est, la rechute occasionnerait des effets délétères supplémentaires sur le fonctionnement général de la personne. Les personnes qui reprendraient leur consommation suite à une période de rétablissement seraient alors confrontées au risque de perdre de ce qu'elles ont acquis au cours de leur démarche de changement, tels que leur emploi, leur logement et les liens avec leur entourage. La perte de ces acquis aurait comme effet de diminuer l'estime personnelle et le sentiment d'auto-efficacité de ces individus et les amènerait à croire de moins en moins en leurs chances de se sortir un jour de leur dépendance (Mercier et Alarie, 2000).

En effet, les personnes qui rechutent après un arrêt ou une diminution de leur consommation seraient exposées à diverses conséquences négatives, non seulement en lien avec le retour de leur dépendance, mais aussi en ce qui concerne leur rétablissement à long terme. Selon Mercier et Alarie (2000), les rechutes, de même que les problèmes reliés à la dépendance, tendent à contaminer l'identité personnelle et sociale de l'individu au point où il en vient à se définir et à se voir presque exclusivement comme un « alcoolique » ou un « toxicomane ». Alors que la personne a cru qu'elle allait s'en sortir, ce succès fut de courte durée. À chaque fois, le découragement est plus grand et l'espoir de réussir un jour à vaincre sa dépendance diminue. De tels résultats s'avèrent inquiétants, particulièrement lorsque l'on sait que le changement inhérent aux traitements en dépendance repose d'abord et avant tout sur la motivation de l'usager (Prochaska, DiClemente et Norcross,

1992) et que le maintien d'un tel changement est fortement relié à l'estime et au sentiment de réussite personnelle (Annis, 1990; Marlatt et Gordon, 1985; Witkiewitz et Marlatt, 2004; 2008). Qu'en est-il alors des personnes qui décident de faire appel à nouveau à des services d'aide pour leur problème de dépendance après une ou plusieurs rechutes? Qui sont-elles et quel est l'impact des services sur ces personnes?

### **1.5 L'utilisation répétée de services par les personnes dépendantes**

L'utilisation répétée de services est un phénomène qui a été observé à maintes reprises au sein de la littérature portant sur les traitements de la dépendance. Une recension des écrits, réalisée par Hser, Anglin, Grella, Longshore et Prendergast (1997), présente un aperçu très exhaustif des travaux réalisés permettant de mieux comprendre l'incidence et les facteurs reliés à ce phénomène. Ces auteurs utilisent le concept de « carrière de traitements » pour définir le processus lié à l'utilisation répétée de services par les personnes aux prises avec un problème de dépendance.

Hser et ses collaborateurs (1997) mentionnent que pour bon nombre de personnes dépendantes à l'alcool et/ou aux drogues, un seul épisode de traitement ne serait pas suffisant. En effet, en raison des rechutes fréquemment observées chez les personnes dépendantes et du caractère chronique de leur consommation, souvent présente depuis de nombreuses années avant qu'une première demande de services soit adressée, plus d'un traitement serait requis avant d'espérer voir des changements et des améliorations à long terme (McLellan, 2002). Pour ces raisons, ces auteurs sont d'avis que l'usage répété de services par les personnes dépendantes ne devrait pas être envisagé comme un échec au changement initial, mais comme une étape d'un processus progressif et cyclique vers le rétablissement. En effet, chez certaines personnes, la dépendance serait davantage un trouble chronique qu'un trouble transitoire. Ainsi, il semble que chez certaines personnes, la dépendance serait un problème chronique qui, comme pour le diabète, demanderait une intensité de services à plus long terme, voire à vie, afin que ces personnes arrivent à contrôler leur problème. Alors que chez d'autres personnes, la dépendance représenterait davantage un trouble transitoire qui, comme une blessure, demanderait un service à



plus faible intensité ou à plus court terme (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand, et Landry, 2010).

À cet effet, Hser et ses collaborateurs (1997) soutiennent que les traitements antérieurs influenceraient positivement le niveau de participation et l'efficacité des traitements subséquents. Or, la plupart des études se penchant sur l'évaluation des traitements en dépendance porteraient leur attention sur un seul épisode de traitement à la fois. C'est pourquoi ces auteurs insistent sur l'importance d'envisager et d'évaluer les traitements en dépendance non pas seulement en se basant sur un seul épisode de services, mais en tenant compte aussi des expériences passées et de l'évolution de la personne à travers les services. D'ailleurs, une étude réalisée l'année suivante par le même groupe de recherche (Hser, Grella, Chou et Anglin, 1998) a corroboré ces observations et les auteurs en sont venus à la même constatation. Chez certains usagers, les effets des services reçus seraient cumulatifs. Les traitements antérieurs auraient des impacts sur les traitements subséquents, notamment sur la durée de rétention et le rétablissement de ses usagers. Au Québec, les centres spécialisés en dépendance se préoccupent d'ailleurs de plus en plus d'adapter leur offre de services à la clientèle dite « chronique », c'est-à-dire aux personnes faisant des rechutes à répétition, et non pas seulement aux personnes présentant un problème de consommation transitoire nécessitant un seul épisode de traitement (Desrosiers *et al.*, 2010).

Hser et ses collaborateurs (1997) ont étudié le concept de « carrière de traitements » en fonction de plusieurs composantes, telles que la recherche et l'utilisation des services, la participation et la résistance aux traitements, l'admission et la réadmission aux services, l'engagement et la rétention au traitement, le niveau d'appariement client-traitement, et en fonction de l'efficacité des services reçus au niveau du rétablissement des usagers. Selon ces auteurs, l'intégration de ces facteurs à l'intérieur d'un modèle dynamique et longitudinal permettrait de comprendre plus clairement le processus lié au développement de la dépendance à une substance de même que les différents parcours et transitions observés chez les personnes aux prises avec ce problème. Un tel modèle pourrait donc aussi permettre une meilleure

compréhension des facteurs influençant l'efficacité des traitements auprès des personnes toxicomanes faisant appel plus d'une fois à des services d'aide et, éventuellement, d'offrir des services plus adaptés à ces individus.

Une recherche réalisée par Hser, Maglione, Polinsky et Anglin (1998) stipule que le fait d'avoir obtenu des résultats positifs lors d'un traitement antérieur triplerait les chances que la personne retourne demander de l'aide à nouveau suite à une rechute. Or, selon certains auteurs, le modèle typique de traitement disponible pour la majorité des utilisateurs de services en dépendance se caractériserait par des traitements de faible intensité, livrés habituellement sur des périodes de courte durée et fournissant un éventail limité de services pour répondre aux multiples problèmes de ces personnes (Etheridge, Craddock, Duntzman et Hubbard, 1995; McLellan, Grissom, Brill, Durell, Metger et O'Brien, 1993 dans Hser *et al.*, 1997). En outre, un bon nombre d'études indiquent que la durée de participation à un programme de traitement influencerait positivement le rétablissement des personnes y prenant part (DeLeon, 1991; Hubbard, Marsden, Rachal, Hardwood, Cavanaugh et Ginsburg, 1992; Simpson, 1979; 1981 dans Hser *et al.*, 1997). Toutefois, beaucoup de personnes ne demeureraient pas dans les services assez longtemps pour en bénéficier (*ibid.*). Par exemple, certains individus se montreraient réfractaires, peu motivés ou peu intéressés par les traitements qui leur sont offerts, influençant donc nécessairement la durée des services et par le fait même, leur efficacité.

Selon les auteurs s'étant penchés sur la question, plusieurs facteurs influenceraient les personnes dépendantes à prendre la décision d'utiliser ou non des services afin de les aider à résoudre leur problème de consommation. On retrouve parmi ces facteurs des caractéristiques personnelles de l'individu, telles que l'accroissement des difficultés personnelles, la gravité de sa consommation ou la motivation à y apporter des changements, des difficultés d'ordre interpersonnel ou social ainsi que des facteurs relatifs à l'accessibilité et aux coûts des services offerts (Hser *et al.*, 1997; Roberts et Ogborne, 1999). Les personnes ne bénéficiant d'aucun service pour leur problème de dépendance se retrouveraient toutefois devant de plus

grands risques de rechute et devant de moindres chances de se rétablir à long terme (Moos et Moos, 2006).

Il est également reconnu dans la littérature qu'un certain nombre de personnes dépendantes n'auraient pas l'impression de trouver réponse à leurs besoins au sein des services de réadaptation qui leur sont offerts (Hser, Grella, Hsieh, Anglin et Brown, 1999a). Ces individus ne se sentiraient pas concernés par les services qui leur sont offerts, ceux-ci ne répondant pas suffisamment à leurs attentes (Tuten, Jones, Lertch et Stitzer, 2007). Dans le même ordre d'idées, une étude réalisée récemment aux États-Unis démontre qu'une des principales raisons poussant les personnes aux prises avec une dépendance à abandonner leur démarche de rétablissement suite à une période de désintoxication et à retourner dans leur ancien mode de vie serait attribuable au manque d'adéquation entre leurs besoins et les services offerts (Tuten *et al.*, 2007). Quelles sont alors les raisons qui incitent une personne dépendante en rechute à demander à nouveau de l'aide? Quels sont plus précisément les besoins de ces personnes en termes de services? Pour répondre à cette question, il s'avère d'abord nécessaire d'identifier plus concrètement de quelle façon peuvent être identifiés les besoins des personnes dépendantes lorsqu'elles demandent des services.

## **1.6 Identification des besoins chez les usagers de services en dépendance**

Il ne semble pas y avoir consensus dans la littérature actuelle quant à la définition qui est donnée au mot besoin. Or, si on s'inspire de la théorie des besoins développée par Maslow (1943), l'une des théories les plus reconnues dans le domaine de la psychologie, les besoins pourraient être de différents niveaux. Selon les nombreux travaux de ce psychologue américain (1943; 2008), toute personne présenterait une hiérarchie de besoins devant être satisfaits afin de parvenir à se développer pleinement au plan personnel. Cette hiérarchie, généralement représentée sous la forme d'une pyramide, distingue cinq niveaux de besoins, soit, en ordre de priorité, les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement personnel. Maslow (1943; 2008) estime qu'un besoin d'ordre supérieur ne peut être satisfait que si les précédents le sont. De cette façon, ce n'est qu'une fois les besoins élémentaires (physiologiques et de sécurité) satisfaits que la

personne cherche ensuite à satisfaire les autres besoins se succédant dans la hiérarchie, de façon à alimenter sans cesse ses motivations et son développement.

Si l'on se fie aux travaux de Maslow (1943 ; 2008), les besoins d'une personne en terme de services pourraient donc être définis en fonction des ressources personnelles et sociales disponibles pour l'individu lui permettant de répondre le plus possible aux cinq niveaux de besoins nécessaires à son développement personnel. Selon ce modèle, il serait alors possible de hiérarchiser les besoins à combler chez la personne ainsi que les niveaux de services qui devraient être priorités.

Dans le domaine de la dépendance au Québec, les besoins en matière de services sont habituellement estimés à partir d'une évaluation initiale et rigoureuse qui permet alors d'adapter l'offre de services à l'individu et à ses besoins. À titre d'exemple, l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugois et Trépanier, 1992) est l'outil utilisé dans la majorité des centres de réadaptation au Québec. Ce questionnaire, administré sous forme d'entrevue dirigée, comprend une question subjective, pour l'utilisateur et pour le clinicien, concernant la nécessité de recevoir de l'aide pour chacune des sphères de vie de l'individu (consommation d'alcool et de drogues, santé physique, état psychologique, relations familiales et interpersonnelles, emploi et occupation, ressources financières, situation judiciaire). Reste à voir si les services offerts sont toujours en cohérence avec les besoins identifiés par l'utilisateur lors de l'évaluation initiale.

## **1.7 Questions de recherche**

En somme, il semble que pour une portion de la population aux prises avec une dépendance aux psychotropes, un seul épisode de services ne serait pas suffisant (Hser *et al.*, 1997) et que certaines personnes ne trouveraient pas réponse à leurs besoins dans les services offerts (Tuten *et al.*, 2007). Ces personnes se retrouveraient alors devant un plus grand risque de rechute et, par conséquent, d'avoir à nouveau besoin d'aide (Hser *et al.*, 1997; McLellan, 2002). Souhaitant répondre aux besoins spécifiques des personnes dépendantes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes, il semble alors pertinent de se questionner sur les services qui devraient leur être

offert afin de répondre adéquatement à leurs besoins. Cette interrogation s'articule autour de trois questions de recherche :

1. Quels sont les besoins de services identifiés ou exprimés par les personnes dépendantes ayant vécu une ou plusieurs rechutes?
2. Quels sont les services développés spécifiquement pour les personnes en rechute?
3. Les services offerts sont-ils en mesure de répondre aux besoins de ces personnes?

## **DEUXIÈME CHAPITRE LA RECENSION DES ÉCRITS**

Au cours de ce second chapitre, la méthode de recension employée dans ce projet de recherche sera d'abord détaillée. Ensuite suivra une description des principales caractéristiques méthodologiques des études recensées avant que soient présentés les éléments pertinents apportant des réponses aux trois questions de recension énoncées dans le chapitre précédent. Enfin, une synthèse des résultats abordant les limites relevées dans les études sera exposée après quoi les objectifs de la présente étude ainsi que la méthodologie de recherche privilégiée seront présentés.

### **1. MÉTHODE DE RECENSION**

Afin de repérer les études pertinentes pouvant répondre aux questions de recherche exposées précédemment, plusieurs banques de données informatisées ont été consultées. Ces banques sont : *CINAHL Plus with full text*, *MEDLINE with full text*, *PsycARTICLES*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *PsycINFO*, *Social Work Abstracts* et *SocINDEX with full text*. Chacune des bases de données a été scrutée sur une période allant de 1995 à aujourd'hui à l'aide du croisement de différents mots-clés. Les banques de données ont été examinées jusqu'à ce que le même bassin d'études ressorte sans qu'il soit possible d'en repérer de nouvelles.

Les mots-clés utilisés pour repérer les études portant sur l'utilisation répétée de services en dépendance par les personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes sont les suivants : « substance abuse OR alcohol abuse OR alcoholism OR drug abuse OR drug dependency OR drug addiction » AND « relapse\* OR treatment career OR chronic dependence OR readmission » AND « service\* OR treatment\* OR \*rehabilitation OR \*therapy OR \*need\* ». Seules les études portant sur une population adulte, c'est-à-dire âgée de 18 ans et plus, ont été incluses dans la recherche.

Toutes banques confondues, cette recherche a permis de répertorier 1031<sup>3</sup> articles au total. Ces articles ont d'abord été soumis à une première sélection. Ainsi, dans le cadre de la présente recension, les études s'intéressant à des traitements de type médical et pharmacologique (337 études) ou portant sur les besoins de groupes spécifiques (150 études), tels que les consommateurs d'héroïne ou de drogues par injection, les personnes âgées de plus de soixante ans, les personnes itinérantes, les personnes présentant un double-diagnostic de dépendance et de santé mentale ou les personnes judiciairisées, ont été rejetées<sup>4</sup>. Par ailleurs, les articles portant sur la dépendance à la cigarette ou au jeu (19 études), écrits dans une langue étrangère (14 études) et provenant de pays peu comparables à la réalité nord-américaine (17 études) ont aussi été retranchés. Cette première sélection a porté le nombre d'études à 494.

Par la suite, afin de ne retenir que les études concernant exclusivement les personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes à l'alcool ou à une ou des drogues et faisant appel au moins pour une seconde fois à des services d'aide ou de traitement, une lecture plus approfondie des textes et de leur résumé a permis d'exclure 482 textes qui ne répondaient pas à ces deux critères. Cette seconde sélection a ainsi permis de ne conserver que les études portant sur les besoins de services ainsi que sur les traitements développés pour cette population, soit douze études. Parmi celles-ci, deux textes ayant déjà été traités dans le chapitre précédent portant sur le concept de « carrière de traitements », soit une recension des écrits réalisée par Hser et ses collaborateurs (1997) et une étude réalisée par ce même groupe de chercheurs (Hser *et al.*, 1998), ont été retranchés. De plus, trois études s'avéraient des doublons et ont donc aussi été éliminées. Une consultation des

---

<sup>3</sup> Ce nombre correspond à la somme des articles repérés dans toutes les banques de données consultées. Ainsi, certains articles ont été comptabilisés à plus d'une reprise, ceux-ci étant répertoriés dans plus d'une banque de données.

<sup>4</sup> Ces articles ont été exclus en raison des répercussions biologiques associées à la consommation d'héroïne et à une plus longue histoire de consommation de substances par les personnes âgées de plus de 55 ans, du caractère marginal associé à la consommation d'héroïne et à l'itinérance, de la complexité de la double problématique de dépendance et de santé mentale ainsi qu'en raison de la notion d'obligation à participer à un programme chez les personnes judiciairisées. Ces groupes ont donc été exclus afin de permettre une meilleure généralisation des résultats de recherche obtenus.

bibliographies de ces études a permis de repérer deux textes supplémentaires, ce qui porte le nombre total d'études retenues dans le cadre de la présente recension à neuf.

Ces neuf études ont été analysées à partir d'un tableau de recension présenté à l'annexe A. Ce tableau permet d'abord de mettre en évidence les titres des articles retenus, leur année de parution, les auteurs ainsi que les objectifs poursuivis par les études. Il permet aussi de décrire les participants aux différentes études en termes de nombre, d'âge, de nationalité, de substances consommées et du type de traitements ou de services reçus. Par ailleurs, ce tableau permet de documenter la méthodologie utilisée pour chacune des études de même que les limites et les recommandations énoncées par les auteurs. La définition donnée par les auteurs au concept de rechute est également exposée. Finalement, les résultats des différentes études y sont présentés en tâchant de regrouper les données pertinentes pouvant apporter des réponses aux trois questions de recherche. Ainsi, les résultats des études retenues ont été analysés en tentant de faire ressortir plus particulièrement les besoins de services identifiés chez les participants, les services ou les traitements développés pour eux et pour les personnes en rechute, de même que le niveau d'adéquation entre les besoins identifiés et les services reçus.

## 2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Le tableau 1 (voir annexe A) vise à présenter les principales caractéristiques des études recensées dans le cadre du présent projet de recherche. Tout d'abord, en ce qui a trait à la nature des études recensées et à la méthodologie employée par celles-ci, sept études sont de type longitudinal et utilisent des devis comparatifs (Dennis, Scott et Funk, 2003; Grella, Hser et Hsieh, 2003; Hser, Grella, Hsieh Anglin et Brown, 1999a; Hser, Joshi, Anglin et Fletcher, 1999b; Scott, Dennis et Foss, 2005; Rash, Alessi et Petry, 2008; Scott et Dennis, 2009) et deux sont de type transversal et utilisent des devis descriptifs (Anglin, Hser et Grella, 1997; Claus, Mannen et Schicht, 1999). Cinq études (Anglin *et al.*, 1997; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008) utilisent certaines mesures rétrospectives (ex. : histoire de consommation et de traitements antérieurs, antécédents criminels). Deux d'entre elles utilisent des mesures qualitatives



seulement (Anglin *et al.*, 1997; Hser *et al.*, 1999b), cinq des mesures quantitatives (Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009; Dennis *et al.*, 2003; Claus *et al.*, 1999; Rash *et al.*, 2008) et deux études combinent les deux méthodes (Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a).

En ce qui concerne l'échantillonnage, les études recensées comprennent toutes un échantillon de participants adultes présentant une dépendance ou une consommation problématique à une substance, ayant à la fois expérimenté une rechute et fait appel à des services d'aide ou de traitement plus d'une fois. Or, les données tirées des études ne proviennent en réalité que de cinq populations distinctes. En effet, les mêmes bases de données (Drug Abuse Treatment Outcomes Studies et Haymarket Center) ont été utilisées à plus d'une reprise par certains auteurs et groupes d'auteurs. D'ailleurs, deux groupes de spécialistes, provenant de l'Université de la Californie (*UCLA Drug Abuse Research*) (Hser, Grella, Hsieh, Anglin, Brown, Joshi et Fletcher) et du *Chesnut Health Systems Centre* (Scott, Dennis, Funk et Foss) semblent s'être particulièrement intéressés au domaine d'étude visé, soit à l'utilisation répétée de services d'aide par les personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. L'étude de Claus, Mannen et Schicht (1999) et celle de Rash, Alessi et Petry (2008) sont, pour leur part, réalisées à partir de bases de données indépendantes des autres études.

En terme de psychotropes consommés, quatre études portent exclusivement sur les personnes aux prises avec un problème de consommation de cocaïne (Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008), tandis que les autres s'intéressent sans distinction à toute forme de consommation problématique d'alcool et/ou de drogues illicites. Les psychotropes consommés et leur proportion chez les participants sont toutefois précisés dans chacune des études. Deux recherches ont exclu de leur échantillon les personnes faisant usage de substances opioïdes, telle que l'héroïne (Hser *et al.*, 1999b; Grella *et al.*, 2003). Les auteurs de ces études expliquent cette exclusion par leur intérêt plus spécifique à l'égard des personnes cocaïnomanes.

Sur le plan des services offerts, trois études s'intéressent à des services spécifiquement développés pour les personnes à risque ou ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009), alors que la majorité des études, soit les six autres, portent sur l'admission répétée dans des programmes réguliers de traitement de la dépendance généralement offerts à l'ensemble de la population (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008). Les besoins de services, quant à eux, sont traités à l'intérieur de huit études sur neuf. Ces besoins sont évalués différemment d'une étude à l'autre. Alors que certaines études identifient les besoins de services des participants à partir de l'établissement d'un portrait clinique de leurs difficultés (Grella *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009), d'autres les identifient en fonction des caractéristiques personnelles et sociales qui distinguent les personnes faisant appel pour la première fois à des services de celles admises à plus d'une reprise (Anglin *et al.*, 1997; Hser *et al.*, 1999b), et certaines jumèlent ces deux stratégies (Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Rash *et al.*, 2008). Toutes ces études considèrent toutefois le niveau de gravité de la consommation comme un indicateur à l'identification ou au dépistage d'un besoin de services.

Au niveau des critères utilisés par les auteurs pour définir et mesurer la rechute auprès des participants, aucune définition précise et opérationnelle de la rechute n'a été clairement établie par les différents auteurs. Or, tous les auteurs semblent établir s'il y a eu rechute chez les participants à partir du moment où ces derniers ont repris leur consommation et tous interprètent la rechute comme un retour à une consommation problématique d'une substance suite à un traitement ou à une période d'abstinence. Des mesures biologiques, telles que des tests d'urine ou des échantillons capillaires, sont d'ailleurs utilisées dans plusieurs études (Dennis *et al.*, 2003; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999b; Scott et Dennis, 2009; Rash *et al.*, 2008), dans le but de valider les données rapportées par les participants, afin de vérifier s'il y a eu consommation au cours de l'étude. Aucune étude ne spécifie toutefois la durée, la quantité, la fréquence, ainsi que la gravité minimale de consommation d'une substance qui est considérée comme une rechute.

Finalement, en ce qui concerne les outils d'évaluation utilisés, six des neuf études recensées ont utilisé au moins un instrument de mesure validé (Claus *et al.*, 1999; Dennis *et al.*, 2003; Grella *et al.*, 2003; Rash *et al.*, 2008; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009) et huit spécifient l'utilisation de questionnaires ou d'entrevues maison non validés empiriquement (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Dennis *et al.*, 2003; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Scott *et al.*, 2005; Rash *et al.*, 2008).

### 3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES

Les informations recueillies à la lecture des études recensées ont été classées et analysées en fonction des trois objectifs de recension identifiés précédemment. Dans les sections qui suivront seront donc présentés les résultats provenant des neuf études répertoriées permettant de documenter les besoins de services des personnes ayant fait appel plus d'une fois à des services suite à une rechute, les services développés pour les personnes en rechute ainsi que le niveau d'adéquation entre les besoins des personnes confrontées à une rechute et les services qui leur sont offerts.

#### 3.1 Besoins de services identifiés ou exprimés par les personnes ayant vécu une ou plusieurs rechutes

Les études portant sur les besoins de services des personnes ayant à la fois expérimenté une ou plusieurs rechutes et fait appel de nouveau à des services d'aide sont relativement rares. Parmi les neuf recherches recensées, huit permettent d'apporter des réponses à cette question soulevée dans la problématique. Or, les chercheurs s'étant penchés sur le sujet se sont surtout intéressés à dresser un portrait clinique des personnes ayant vécu une ou plusieurs rechutes, leur permettant ainsi de soulever, par la suite, les besoins de ces individus en terme de services.

Tout d'abord, tout comme Hser, Douglas, Grella, Longshore et Prendergast (1997) l'ont fait ressortir dans leur recension d'écrits, Claus et ses collaborateurs (1999) soulignent également qu'il n'existe pas de profil unique caractérisant les

personnes faisant appel à répétition à des services d'aide en dépendance. Par le fait même, ces personnes présenteraient de multiples besoins de traitement et ce, tant au niveau de leur consommation d'alcool et/ou de drogues qu'au niveau des autres sphères de leur vie, telles qu'au niveau financier, de leur emploi, de leur santé psychologique et de leurs relations avec l'entourage.

La gravité de la consommation est un facteur qui a été identifié maintes fois par les études recensées pour expliquer les rechutes et la consultation de services à répétition. Certains auteurs mentionnent que les personnes faisant appel à répétition à des services présentent une consommation plus grave que les personnes faisant appel pour la première fois à des services (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008). Anglin et ses collaborateurs (1999) ajoutent, dans leurs résultats, que l'usage d'héroïne est associé à une plus longue carrière de traitements alors que les consommateurs d'alcool présenteraient la plus courte. Hser et ses collaborateurs (1999a) abondent également dans le même sens en stipulant que les personnes utilisant des traitements à répétition pour leur problème de consommation sont plus nombreuses à présenter une dépendance à l'héroïne, à avoir consommé d'autres drogues que celle associée à leur dépendance et à afficher une plus longue histoire de consommation.

Outre la gravité de la consommation, tous les auteurs soutiennent que les personnes faisant appel plus d'une fois à des services d'aide présenteraient de nombreux besoins supplémentaires. Plus précisément, les personnes qui entrent à nouveau dans les services présenteraient des besoins plus nombreux au niveau de l'aide à l'employabilité (Hser *et al.*, 1999a; Grella *et al.*, 2003; Rash *et al.*, 2008), de leurs relations familiales (Hser *et al.*, 1999a), ainsi qu'au niveau du fonctionnement social, psychologique, occupationnel et judiciaire (Anglin *et al.*, 1997). La présence d'une santé psychologique plus détériorée, d'une qualité de vie plus précaire (Claus *et al.*, 1999) ainsi que d'une plus grande propension à être impliqué dans des activités criminelles (Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b) constituent également les besoins de services de ces individus. En ce sens, les personnes faisant appel à

répétition à des services d'aide en dépendance percevraient avoir besoin d'aide à plusieurs autres niveaux mis à part leur problème de consommation.

Certains auteurs ont aussi cherché à identifier les facteurs qui poussaient les personnes en rechute à redemander de l'aide. Ainsi, selon Claus, Mannen et Schicht (1999), l'augmentation de la gravité de la consommation d'alcool ou de drogues ne serait pas le meilleur indicateur pour prédire une réadmission dans les services. En effet, la diminution de la qualité de vie ainsi que de la capacité à fonctionner et à remplir ses obligations dans différentes sphères de vie seraient de meilleurs prédicteurs. Selon ces mêmes auteurs, la motivation à apporter des changements à sa consommation serait aussi un facteur prédictif important de la réadmission dans les services. En ce sens, Scott, Dennis et Foss (2005) soutiennent que la motivation à résoudre leurs problèmes et le désir de recevoir de l'aide augmenteraient considérablement les chances que les personnes en rechute fassent de nouveau appel à des services, alors que la gravité de la consommation diminuerait leurs chances. Selon Hser et ses collaborateurs (1999a), plus une personne présente une longue histoire de traitements, plus elle reconnaîtrait ses problèmes et son besoin de recevoir de l'aide.

Le fait de recevoir de l'aide aurait d'ailleurs des impacts positifs sur les besoins et le pronostic de ces personnes. Selon l'étude de Scott et Dennis (2009), les personnes ne faisant pas appel à des services d'aide suite à une rechute seraient plus à risque de voir leur situation se détériorer et d'être ainsi confrontées à une augmentation des besoins de services. La gravité de la consommation, les risques attribuables à l'environnement de la personne au début de son rétablissement, tels que l'accessibilité aux substances, les conflits et le manque de soutien de l'entourage, de même que les difficultés à accéder à des services de traitement, influenceraient négativement la transition des personnes en rechute vers un éventuel rétablissement (Scott, Dennis et Foss, 2005). Toujours selon ces auteurs, l'augmentation du nombre de traitements reçus préalablement et une plus longue durée de ces derniers influenceraient positivement la transition vers le rétablissement lorsqu'il y aurait rechute.

En somme, les personnes en rechute présenteraient un portrait clinique davantage détérioré qui nécessiterait des services particuliers. Au-delà de la gravité de leur consommation, elles présenteraient effectivement des besoins à plusieurs autres niveaux. En terme de besoins de services, les caractéristiques de ces personnes portent à croire que ces dernières nécessiteraient une intervention multimodale, adaptée à l'ensemble de leurs difficultés, et d'une plus grande intensité. Quels sont donc les services en toxicomanie développés spécifiquement pour les personnes en rechute?

### **3.2 Services développés pour les personnes en rechute**

La littérature regorge de programmes de *prévention* de la rechute. Ces programmes sont habituellement intégrés à un service régulier de réadaptation en dépendance et, comme leur nom l'indique, servent à prévenir la rechute avant même qu'elle survienne (Carroll, 1996; Irvin, Bowers, Dunn et Wang, 1999; Witkiewitz et Marlatt, 2007). Ces services, habituellement offerts à la fin d'un programme de réadaptation, quoiqu'utiles, ne s'adressent pas aux personnes en rechute. C'est d'ailleurs une des raisons qui expliquent pourquoi un si grand nombre de textes ont été rejetés au cours de la présente démarche de recension littéraire.

Parmi les neuf études recensées, seulement trois d'entre elles, soit celles réalisées par le groupe de chercheurs provenant du *Chesnut Health Systems Centre* (Dennis, Scott et Funk 2003; Scott, Dennis et Foss, 2005; Scott et Dennis, 2009), portent sur un type de services expressément développé pour les personnes expérimentant une rechute. Les autres études, bien qu'elles s'intéressent à la rechute, ne permettent pas d'identifier de programmes spécifiques à cette problématique. Elles ont, en effet, constitué leur échantillon à partir des clients ayant fréquenté plus d'une fois un service régulier en dépendance (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b). L'offre de services destinée à la clientèle demeure toutefois très peu décrite dans ces études. Il semblerait alors qu'habituellement, les personnes vivant une rechute bénéficieraient du même type de programme qu'une personne fréquentant les services pour la

première fois et du même type de programme qu'elles ont elles-mêmes reçu antérieurement. À la différence, une personne fréquentant ces services à plus d'une reprise se verrait sans doute prescrire une intervention plus intensive (rencontres plus fréquentes, service en internat), ces services étant souvent offerts aux personnes présentant une consommation plus grave. En fait, ces auteurs soulignent que peu importe le service offert, ce dernier devrait accorder une importance particulière à la motivation de la personne en rechute et à l'alliance thérapeutique, afin d'augmenter les chances que le client demeure dans les services sur une période de temps suffisamment longue (Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008). En effet, les auteurs observent que les personnes faisant usage de services à multiple reprises auraient tendance à les quitter prématurément (*ibid.*). Auprès de cette clientèle, le traitement de la dépendance devrait également être envisagé comme un processus à long terme (Anglin, *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003).

Pour sa part, le type de services développé spécifiquement pour les personnes dépendantes identifiées à risque de vivre une rechute, décrit par Dennis, Scott et Funk (2003), Scott, Dennis et Foss (2005) et par Scott et Dennis (2009), prend forme à travers une intervention de parrainage à la fin du traitement régulier. L'importance est alors accordée à la réintégration de la personne dans son milieu de vie. Dans cette optique, un suivi régulier est offert à la personne une fois son traitement terminé, permettant ainsi une intervention rapide en cas de difficultés ou de retour à la consommation. Cette façon de faire diminuerait les risques de rechute et par le fait même, augmenterait les chances de rétablissement à long terme.

L'intervention présentée par ce groupe de recherche porte l'appellation de *Recovery Management Checkup* (RMC) et est utilisée afin de dépister précocement les besoins de traitements additionnels des personnes à risque de rechute. Le principal objectif de cette intervention est de permettre une réadmission rapide à un traitement en cas de rechute. Le fait de garder un lien avec un intervenant susceptible de les aider à reconnaître leurs difficultés, de les motiver à faire appel de nouveau à des services en cas de besoin et de les accompagner vers ces services permettrait

l'atteinte de cet objectif. De manière concrète, cette intervention comprend un suivi téléphonique, des entrevues individuelles de suivi et de soutien, des entretiens motivationnels et l'accompagnement et/ou le transport de la personne vers les services appropriés. Selon ces auteurs, ce type d'intervention permettrait aussi un meilleur appariement des services à offrir aux personnes dépistées à risque ou en rechute.

### **3.3 Adéquation entre les services offerts et les besoins des personnes en rechute**

Tout d'abord, en ce qui concerne les résultats obtenus dans les trois études ayant évalué la pertinence d'utiliser le *Recovery Management Checkups* (RMC) auprès de personnes ayant utilisé des services à plus d'une reprise et à risque de rechute, ceux-ci s'avèrent fort encourageants. Selon les auteurs du *Chesnut Health Systems Centre*, l'intervention RMC serait effectivement adéquate pour dépister les personnes en besoin et à risque de vivre une rechute. De plus, ce type d'intervention engendrerait une augmentation du nombre de traitements reçus par ces personnes, de même que du niveau de participation, d'engagement et de rétention de ces dernières aux traitements subséquents (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009). En ce sens, l'intervention RMC permettrait la réduction des besoins de services des usagers à travers le temps (Dennis *et al.*, 2003; Scott et Dennis, 2009), influencerait positivement leur rétablissement (Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009) et serait une intervention efficace à long terme dans le traitement de la dépendance chronique (Scott et Dennis, 2009).

En ce qui a trait aux services réguliers en dépendance, ceux-ci ne semblent d'abord pas toujours adaptés aux besoins des usagers expérimentant une ou plusieurs rechutes et demandant de l'aide plus d'une fois. En effet, les études ne font pas consensus quant à l'adéquation de ces services et des besoins de la clientèle en rechute. Selon l'étude de Hser et ses collaborateurs (1999a), les personnes ayant une plus longue histoire de traitements pour leur problème de toxicomanie rapportent avoir un plus grand nombre de besoins non comblés suite aux traitements qu'elles ont reçus. Or, selon une autre étude réalisée antérieurement par le même groupe



d'auteurs (Anglin *et al.*, 1997), le fait d'avoir bénéficié à plus d'une reprise de services pour un problème de toxicomanie ne serait pas associé à l'inefficacité des traitements reçus, mais bien à la lourdeur du portrait clinique des personnes vivant une rechute. Si les personnes ayant eu recours à plusieurs reprises à des services en toxicomanie sont plus aptes à identifier leurs besoins de traitement, elles sont cependant moins sujettes à recevoir de l'aide individuelle et à respecter les règles de fonctionnement du programme offert (Hser *et al.*, 1999a).

De leur côté, Claus, Mannen et Schicht (1999) indiquent toutefois que les personnes faisant appel de nouveau à des services d'aide démontrent un niveau de motivation plus élevé à s'engager dans un traitement et à apporter des changements dans leur mode de vie. De plus, comparativement aux personnes ayant expérimenté une rechute, mais n'ayant pas redemandé d'aide par la suite, celles qui ont consulté à nouveau croiraient plus fortement au potentiel des services qui leurs sont offerts. Elles croiraient plus fortement en la capacité des traitements à répondre à leurs besoins et en leur propre capacité d'en bénéficier (Grella *et al.*, 2003). Au cours d'une recherche antérieure, Hser, Joshi, Anglin et Fletcher (1999b) rapportent également que, comparativement à des personnes admises pour la première fois dans un traitement pour leur problème de consommation, les personnes présentant une plus longue histoire de traitements répondraient et profiteraient de manière égale aux traitements reçus. Pour que les résultats soient comparables entre ces deux groupes, il faudrait toutefois que les personnes ayant expérimenté une rechute et ayant redemandé de l'aide adhèrent aux services sur une période de temps suffisamment longue pour profiter pleinement du programme qui leur est offert.

Finalement, en regard du type de services offerts, Rash et ses collaborateurs (2008) indiquent que l'utilisation de compensations monétaires ou de bons d'achat comme renforcement serait une intervention efficace dans l'augmentation de la durée de rétention au traitement des personnes ayant fait appel à des services à plusieurs reprises dans le passé. Par ailleurs, Hser et ses collaborateurs (1999a) observent que les personnes admises à répétition dans les services bénéficieraient d'un nombre moins élevé de consultations individuelles que les usagers admis pour la première

fois. Par contre, selon ces auteurs, les rencontres individuelles, de même que l'engagement au traitement, auraient des effets significativement plus favorables sur le rétablissement de cette clientèle. Le fait d'obtenir du soutien de son entourage ou d'un groupe d'entraide serait également un facteur important prédisposant davantage les usagers à demeurer abstinents à long terme et diminuerait les risques de rechute (Hser *et al.*, 1999a).

#### 4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET LIMITES DES ÉTUDES

En somme, les informations tirées des neuf études recensées ont d'abord permis d'apporter certains éclairages sur les besoins de services des personnes utilisant des services à plus d'une reprise suite à une rechute ainsi que sur les services qui leur sont ou qui devraient leur être offerts. Ainsi, les études recensées démontrent que les personnes dépendantes qui reviennent dans les services suite à une rechute présentent un portrait clinique davantage détérioré que les personnes demandant de l'aide pour la première fois. En effet, ces personnes présenteraient un niveau de consommation plus grave (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008), afficheraient une histoire de consommation et de traitements plus longue (Hser *et al.*, 1999a) et seraient confrontées à un plus grand nombre de difficultés et de besoins non comblés, notamment au niveau du fonctionnement social, familial, psychologique, occupationnel et judiciaire (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b) et au niveau de l'employabilité (Grella *et al.*, 2003; Rash *et al.*, 2008). En ce sens, l'ensemble des auteurs s'entendent pour dire que les personnes en rechute nécessiteraient des services particuliers touchant l'ensemble des difficultés vécues et offerts selon un mode plus intensif ou à plus long terme. Par contre, si les études ont permis de cibler un certain profil des besoins qui devraient être comblés chez les personnes en rechute, les services concrets qui devraient leur être offerts ne sont pas nécessairement mis en évidence. Bien que les résultats des études soutiennent que le fait de recevoir des services supplémentaires augmenterait les chances de rétablissement chez les personnes vivant une rechute (Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009), ces traitements ainsi que leurs modalités ne sont que très peu, sinon aucunement, décrits par les recherches. Pour pallier cette limite, la présente étude a

pour objectif de rendre plus explicite autant les besoins de ces personnes que les services qui pourraient y répondre. Elle cherche par le fait même à obtenir non seulement l'avis des professionnels, mais aussi le point de vue des usagers eux-mêmes.

La littérature permet également d'avancer que certains services offriraient de meilleures chances de rétablissement aux personnes à risque ou vivant une rechute. Ainsi, les services qui permettent de dépister précocement les besoins de traitement additionnels des personnes en rechute et qui leur permettraient une réadmission rapide à un traitement seraient plus adaptés (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009). Il est toutefois difficile d'extrapoler davantage sur les résultats recensés, des différences marquées étant observées entre les échantillons, la définition du concept de rechute et les conclusions.

D'abord, les résultats obtenus, parfois contradictoires, ne proviennent en réalité que de cinq populations cliniques différentes. De plus, quatre études n'ont inclus dans leur échantillon que les consommateurs de cocaïne (Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008), ce qui limite les possibilités de généralisation des résultats aux personnes en rechute consommant d'autres types de psychotropes. De plus, outre la reprise de la consommation, les critères utilisés pour définir la rechute sont inégaux d'une étude à l'autre et il semble qu'aucune distinction ne soit faite entre les personnes en dérapage et celles en rechute. Qui plus est, aucune définition opérationnelle de la rechute n'a été établie dans les différentes études recensées. Pourtant, des définitions sont disponibles dans la littérature (Annis et Davis, 1991; Donavan, 1996; ISPA, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; Witkiewitz et Marlatt, 2004; 2007). Cette absence de définition rend difficile l'élaboration de conclusions quant aux services à offrir aux personnes en rechute. Il est possible que, dans le cadre d'une étude à grande échelle, il soit difficile de distinguer les personnes en dérapage de celles expérimentant réellement une rechute. Le projet de recherche, qui est entrepris à plus petite échelle, s'est efforcé d'inclure uniquement les personnes ayant expérimenté une rechute, c'est-à-dire celles qui, selon les définitions

proposées par la littérature, retournent à une consommation problématique sur une période de temps prolongée suite à une phase d'abstinence ou d'usage modéré.

Les études recensées s'intéressent donc aux services à offrir aux personnes en rechute. Bien que les personnes en rechute soient reconnues pour avoir des besoins plus nombreux et requérir des services particuliers, il est surprenant de constater que les études recensées n'en disent que très peu sur les éléments précis de l'intervention qui influenceraient davantage un pronostic positif. Les études indiquent tout de même que des services incluant un suivi personnalisé et intensif, par exemple, le *Recovery Management Checkup*, seraient plus adaptés aux personnes en rechute et permettraient la réduction des besoins de services des usagers à travers le temps (Dennis *et al.*, 2003; Scott et Dennis, 2009), influenceraient positivement le rétablissement (Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009), seraient des interventions efficaces à long terme dans le traitement de la dépendance chronique (Scott et Dennis, 2009) et auraient des effets positifs sur le niveau de participation, d'engagement et de rétention aux traitements subséquents (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009). Soulignons tout de même qu'à ce jour, le *Recovery Management Checkup* n'a été évalué que par les concepteurs de ce programme. En ce qui concerne l'intervention comportementale proposée par Rash et ses collaborateurs (2008), elle semble peu applicable et pertinente à utiliser par les milieux d'intervention ainsi que dans un cadre autre que la recherche et ce, en raison des limites budgétaires imposées dans la majorité des organisations de services.

Dans les services dits réguliers, le consensus est moins clair en ce qui concerne les éléments de l'intervention qui influenceraient davantage un pronostic positif auprès de la clientèle en rechute. En fait, plutôt que de s'intéresser aux types d'interventions permettant de prédire un pronostic positif, les auteurs se sont davantage intéressés à l'impact du portrait clinique présenté par ces usagers sur l'efficacité du traitement reçu ainsi qu'à l'importance de leur motivation à s'engager dans celui-ci. Ainsi, les auteurs ont démontré que la motivation aux traitements serait garante d'un meilleur pronostic chez ces personnes, notamment en raison de l'augmentation de la durée de participation aux services offerts (Claus *et al.*, 1999;

Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008). Soulignons ici que l'effet positif de la motivation au traitement n'est pas spécifique aux personnes dépendantes en rechute (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). En outre, l'étude de Hser et ses collaborateurs (1999a) rapporte de son côté que les personnes ayant une plus longue histoire de traitements pour leur problème de dépendance présenteraient un plus grand nombre de besoins non comblés suite aux services qu'elles ont reçus. Or, pour Anglin et ses collaborateurs (1997), le fait de bénéficier à plus d'une reprise de services réguliers pour un problème de toxicomanie ne serait pas associé à l'inefficacité de ces services, mais bien à la lourdeur du portrait clinique de l'utilisateur. Quels types de services permettraient alors de répondre aux besoins plus spécifiques des personnes dépendantes en rechute? Hser et ses collaborateurs (1999a) soutiennent que la participation à des rencontres individuelles et que des services de soutien offerts dans la communauté ou sur une plus longue période auraient des effets significativement plus favorables sur le rétablissement de cette clientèle. Toutefois, suite à la recension des écrits, plusieurs questions demeurent. Qu'est-ce qui pousse les personnes à redemander de l'aide suite à une rechute, et surtout, que viennent-elles chercher exactement auprès de ces services? La réponse à ces questions s'avère essentielle si l'on désire s'assurer que les services offerts répondent à des besoins réels chez ces usagers et ainsi augmenter les chances que ces derniers demeurent dans les services sur une période de temps suffisamment longue pour assurer un meilleur pronostic. Rappelons d'ailleurs que la durée de participation aux services influencerait le rétablissement des personnes y prenant part (DeLeon, 1991; Hubbard, Marsden, Rachal, Hardwood, Cavanaugh et Ginsburg, 1992; Simpson, 1979; 1981 dans Hser *et al.*, 1997; Hser *et al.*, 1999b). La présente étude tente donc de répondre plus explicitement à ces questions en demandant directement à des usagers quelles sont exactement leurs attentes face aux services qu'ils reçoivent, pour la seconde fois ou plus, et s'ils ont la perception que ces services répondent effectivement à leurs besoins. Ces mêmes questions sont aussi adressées aux professionnels qui travaillent auprès de cette clientèle, favorisant ainsi la triangulation<sup>5</sup> des données recueillies auprès de l'utilisateur.

---

<sup>5</sup> La triangulation des données est une stratégie de mise en comparaison des informations obtenues à

Enfin, certaines études parmi celles recensées se sont intéressées à la relation thérapeutique et aux attitudes professionnelles de l'intervenant favorisant l'efficacité des traitements et la motivation des usagers en rechute à participer à ces derniers (Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009). Les données rapportées par les auteurs sont toutefois davantage soulignées à titre de recommandations à l'intervention. Sachant que la relation thérapeutique compte pour plus de 40 % dans les études d'efficacité des traitements en toxicomanie (Norcross et Hill, 2004), il apparaît plus que pertinent de se pencher plus en profondeur sur l'importance de la relation thérapeutique dans en lien avec le fait qu'une personne revienne chercher de l'aide suite à une rechute. Pour ce faire, les usagers et les cliniciens sont également questionnés sur les attitudes et les approches utilisées par les professionnels favorisant, à leur avis, le retour et le maintien des personnes en rechute dans les services d'aide.

## 5. OBJECTIFS DE RECHERCHE

La présente étude est réalisée auprès d'adultes ayant fait appel à plus d'une reprise à des services de réadaptation en toxicomanie suite à une rechute. La recherche inclut aussi des intervenants œuvrant dans un centre de réadaptation et travaillant auprès de cette clientèle. Les objectifs sont d'identifier, du point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant :

- 1° les raisons motivant un retour dans les mêmes services suite à une rechute;
- 2° les besoins des personnes dépendantes vivant une rechute;
- 3° les services actuels ou à développer qui pourraient répondre à ces besoins;
- 4° les qualités et les attitudes utilisées par le professionnel qui favorisent le retour et le maintien des personnes en rechute dans les services.

---

l'aide de deux ou de plusieurs démarches d'observation distinctes, poursuivies de façon indépendante dans une même étude (Denzin et Lincoln, 1994).

## **TROISIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Le troisième chapitre de ce mémoire présente la méthodologie de recherche de la présente étude. Dans un premier temps, le type de devis de recherche privilégié sera exposé après quoi l'échantillon sera décrit. La méthode de recrutement de même que le déroulement de la collecte de données seront ensuite expliqués. Par la suite, les instruments de mesure ayant été utilisés pour documenter les différents objectifs de la recherche, soit les guides d'entrevue, seront présentés. Pour finir, les méthodes utilisées pour l'analyse des résultats obtenus seront décrites.

### **1. DEVIS DE RECHERCHE**

Comme cette étude a pour but d'explorer le point de vue d'usagers en rechute et de cliniciens appelés à intervenir auprès d'eux quant aux besoins que ceux-ci présentent, aux services qui devraient leur être offerts et quant aux qualités et aux attitudes utilisées par le clinicien qui pourraient favoriser un retour ou un maintien dans les services, il s'agit d'une étude qualitative exploratoire, de type transversal et rétrospectif.

### **2. ÉCHANTILLON**

La présente étude a été réalisée à partir d'un échantillon constitué de 11 usagers en rechute et de 10 cliniciens. Ces usagers et ces cliniciens ont été recrutés sur une base volontaire au Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA) au cours de l'hiver et du printemps 2011.

Cet échantillon a permis d'atteindre le critère de saturation empirique, ce qui signifie que la collecte de données s'est terminée une fois que les entrevues « n'ont plus permis d'apporter d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier l'augmentation du matériel empirique » (Pires, 1997, p.157). Chacune des entrevues réalisées avec les usagers et les intervenants ont été écoutées et annotées à mesure qu'elles étaient réalisées de façon à vérifier si la saturation des données avait été atteinte.

Pour être inclus dans l'étude, les usagers devaient : a) être âgés de 18 ans ou plus, b) avoir été admis dans un centre de réadaptation à plus d'une reprise et c) être en rechute au moment de faire une nouvelle demande de services, c'est-à-dire, s'inspirant des définitions proposées par la littérature (Annis et Davis, 1991; Donovan, 1996; ISPA, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; Witkiewitz et Marlatt, 2004; 2007), être retournés à une consommation problématique d'alcool et ou de drogues illicites pendant au moins trois mois consécutifs suite à une phase d'abstinence ou d'usage modéré avant de refaire une nouvelle demande de services. Les personnes itinérantes ou sans domicile fixe ainsi que les personnes faisant usage d'héroïne ou d'autres substances opioïdes ont été exclues de l'échantillon.<sup>6</sup> Pour être inclus dans l'étude, les cliniciens devaient : a) travailler auprès d'une clientèle adulte et b) avoir actuellement ou dans le passé travaillé auprès d'usagers en rechute qui ont fait appel aux services de réadaptation plus d'une fois.

## 2.1 Les usagers

Au départ, 16 usagers avaient été recrutés. Parmi ceux-ci, trois ne se sont pas présentés à l'entrevue et deux ont été interviewés, mais ont été exclus dû à la mauvaise qualité de l'enregistrement, rendant le contenu des entrevues inaudible. Ainsi, 11 usagers au total ont participé à l'étude, dont neuf sont des hommes et deux sont des femmes. Cette proportion homme/femme est représentative de la clientèle retrouvée dans les centres de réadaptation au Québec (Desrosiers *et al.*, 2010; Tremblay *et al.*, 2004). Les usagers faisant partie de l'étude sont âgés en moyenne de 44,9 ans (é.t. 11,5).

La majorité des usagers, soit 63,6 % d'entre eux, ont indiqué avoir consulté les services de réadaptation pour un problème lié à la consommation d'alcool, 18,2 % pour la cocaïne, 9,2 % pour l'alcool et la drogue et 9,2 % pour l'usage de plusieurs

---

<sup>6</sup> Les personnes itinérantes ou sans domicile fixe de même que les personnes faisant usage d'héroïne ou de substances opioïdes ont été exclues de l'échantillon en raison des besoins particuliers présentés par ces clientèles au niveau de la précarité de leurs conditions de vie et en ce qui a trait au sevrage associé à l'arrêt de l'héroïne et des opiacés. Ces personnes ont donc été exclues afin de permettre une meilleure généralisation des résultats de recherche obtenus.



drogues à la fois incluant le cannabis, les amphétamines, l'ecstasy et les médicaments. En moyenne, ces usagers ont fait appel à 2,3 (é.t. 0,5) reprises aux services d'un centre de réadaptation et 9 participants sur 11, soit 81,82 % des personnes recrutées, ont fait appel plus d'une fois à d'autres services en dépendance, notamment dans des thérapies privées, des organismes de la communauté ou des groupes d'entraide. Tous les usagers interviewés ont rapporté avoir fait plusieurs rechutes au cours de leur vie suite à une période d'arrêt ou de diminution de leur consommation dont au moins une d'une durée de trois mois. Enfin, six participants parmi les usagers, soit 54,5 % de l'échantillon, ont mentionné présenter un diagnostic de santé mentale [trouble de l'humeur (1), trouble de personnalité (2), trouble anxieux (1), syndrome de stress post-traumatique (1)].

## **2.2 Les intervenants**

L'ensemble des intervenants recrutés ont participé à l'étude. Des 10 intervenants ayant été rencontrés, sept sont des femmes et trois sont des hommes. Encore ici, cette proportion homme/femme est représentative des intervenants oeuvrant dans les centres de réadaptation au Québec (Tremblay *et al.*, 2004; Desrosiers *et al.*, 2010). Ces intervenants sont âgés en moyenne de 40,3 ans (é.t. 19). La moitié de ceux-ci comptent dix années et plus d'expérience clinique au sein du centre de réadaptation, 30 % comptent entre deux et cinq ans de pratique et 20 % moins d'une année. Parmi les intervenants recrutés, cinq travaillent dans les services de réadaptation externe, deux au sein de la réadaptation intensive avec hébergement (RIH), deux dans le service de réinsertion sociale et un participant agit à titre de conseiller clinique dans l'établissement. L'ensemble des services psychosociaux offerts au centre de réadaptation en dépendance sont donc représentés dans l'échantillon. Au moment de l'entrevue, tous les intervenants rencontrés, outre le conseiller clinique, travaillaient, avec des usagers ayant déjà fait appel aux services du centre de réadaptation à plus d'une reprise suite à une rechute. Enfin, la majorité des intervenants (80 %) ont mentionné que plus de la moitié de la clientèle qu'ils rencontrent à l'intérieur de leur pratique était composée d'individus ayant vécu au moins une rechute.

### 3. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES

La direction générale du centre de réadaptation ciblé a d'abord été contactée en décembre 2010 afin de s'assurer de l'ouverture du milieu à participer au projet de recherche, ce qui s'est avéré concluant. Par la suite, une fois l'autorisation éthique confirmée par le Comité éthique de la faculté d'Éducation de l'Université de Sherbrooke (CÉR-ESS) et par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT)<sup>7</sup>, une invitation à l'ensemble des cliniciens du Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches a été envoyée par courriel afin qu'ils sollicitent les usagers de leur charge de cas répondant aux critères de participation.

L'autorisation des usagers à être contactés par l'équipe de recherche a ainsi été obtenue par l'entremise des cliniciens du milieu d'intervention. À la suite de cette autorisation, la présentation détaillée de la recherche a été réalisée par le personnel de la recherche lors d'un premier contact téléphonique avec les usagers. Il est à noter qu'un formulaire d'information sur la recherche avait préalablement été remis par les intervenants à chacun des usagers recrutés. Le formulaire de consentement a, pour sa part, été expliqué et signé par les usagers au moment de l'entrevue qui a été planifiée avec eux.

Les cliniciens du centre de réadaptation en dépendance répondant aux critères de participation ont également été invités à participer à l'étude. Une première rencontre avec les intervenants psychosociaux du centre travaillant auprès de la clientèle adulte (n=21) a d'abord été réalisée afin de présenter brièvement le projet de recherche et le déroulement de la collecte de données. Une invitation leur a ensuite été envoyée par courriel à laquelle était jointe une description détaillée de la recherche et des objectifs visés. Dix intervenants ont manifesté leur intérêt à participer à la recherche ce qui porte le taux de participation du personnel ciblé à près de 50 %. Les intervenants intéressés à participer se sont ensuite manifestés

---

<sup>7</sup> Les attestations de conformité éthique du CÉR-ESS et du CÉRT sont disponibles à l'annexe B.

directement à la chercheuse principale, soit à madame Amélie Gormley. Un formulaire de consentement leur a été expliqué et remis au moment de l'entrevue.

La collecte des données a été réalisée entre le 21 mars et le 29 avril 2011. Les usagers et les cliniciens ont été rencontrés individuellement, dans le cadre d'une entrevue semi-structurée. Ces entrevues ont été réalisées par deux assistants de recherche (étudiants aux études supérieures) préalablement formés à la réalisation d'entrevues qualitatives. Les assistants de recherche se sont assurés de la similarité de la passation des entrevues en se pratiquant ensemble au préalable et en comparant les premières entrevues qui ont été réalisées. Chacune des entrevues a été enregistrée sur bande audio. Les rencontres se sont déroulées dans les locaux du centre de réadaptation et ont duré en moyenne environ 50 minutes avec les intervenants et environ 80 minutes avec les usagers. Tous les participants à l'étude ont été informés et assurés que les données obtenues seraient conservées de façon confidentielle et qu'aucune information ne serait divulguée ou déposée au dossier du participant. Un certificat-cadeau d'une valeur de 30 \$ a été remis à tous les usagers, alors que les intervenants ont pu réaliser l'entrevue sur leurs heures de travail. Tel qu'exigé par l'employeur, aucune compensation n'a donc été offerte aux intervenants ayant participé à l'étude.

#### 4. INSTRUMENT DE MESURE

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, deux guides d'entrevue ont été conçus par l'équipe de recherche au cours de l'été 2010, soit une version pour les usagers et une autre s'adressant aux intervenants. Ces guides d'entrevue sont présentés à l'annexe C.

Les guides d'entrevue ont été développés à partir des six étapes proposées par Paillé (1991). Au cours de la première étape, appelée le premier jet, les concepteurs ont d'abord énuméré l'ensemble des interrogations liées aux objectifs de la recherche de façon spontanée et sans tenir compte de la cohérence. Lors de la seconde étape, les questions ainsi identifiées ont ensuite été regroupées sous différents thèmes. Cette seconde étape, appelée le regroupement thématique, a

permis d'identifier les thèmes spécifiques de l'investigation. En troisième lieu, une fois les thèmes définis, il y a eu structuration interne, c'est-à-dire que les thèmes ont été classés dans un ordre naturel et cohérent (par exemple, des questions moins personnelles au départ allant vers des questions plus intimes). À cette étape, les questions redondantes ont aussi été éliminées, permettant ainsi de réduire le nombre de questions au temps alloué pour l'entrevue. À la quatrième étape, les différents thèmes ont été approfondis de manière à ce que les questions de départ soient claires, pertinentes et précises. Les questions ont aussi été adaptées selon qu'elles soient adressées à un usager ou à un clinicien. Pour la cinquième étape, des indicateurs permettant de préciser, au besoin, les informations recueillies pour chacune des réponses abordées ont été élaborés. Ces indicateurs, prenant la forme de mots-clés identifiés pour chacun des thèmes à aborder, ont également servi de sous-questions ou de points de repère au cours des entrevues. Enfin, la sixième étape, soit la forme définitive du guide d'entrevue, a été complétée lorsque les premières entrevues ont été réalisées. Aucune modification n'a été apportée à la version élaborée à l'intention des intervenants alors que de légères modifications ont été apportées au guide d'entrevue conçue pour les usagers. En effet, suite à l'expérimentation du guide d'entrevue avec trois usagers, une question qui s'avérait répétitive a été éliminée et l'ordre d'une question a été modifié afin de rendre les entrevues plus fluides.

## 5. ANALYSE DES DONNÉES

Dans un premier temps, les entrevues réalisées ont été transcrites sur format WORD. Par la suite, les verbatim ont été codifiés à l'aide du logiciel N'VIVO par deux assistants de recherche formés au logiciel et à l'analyse qualitative. Tout le processus de codification s'est déroulé sous la supervision de madame Myriam Laventure, directrice scientifique.

Afin de faciliter la codification et l'analyse des données obtenues, un guide de codification a tout d'abord été développé à partir des objectifs visés par l'étude. Quatre grandes catégories ont alors été créées et définies dans un premier temps : les raisons de retour dans les services suite à une rechute, les besoins des usagers

expérimentant une ou plusieurs rechutes, les services à offrir aux personnes en rechute, ainsi que les qualités et les attitudes professionnelles favorisant le retour ou le maintien dans les services. Trois entrevues ont été codifiées à partir de ce guide. Afin d'assurer la validité de la codification, un accord inter-juges (trois personnes) a d'abord été réalisé pour les verbatim de ces trois entrevues. Un accord inter-juges de 0,82 a permis de conclure à une bonne qualité du guide de codification.

Une fois la classification des données à partir de ces quatre catégories complétée, l'analyse thématique a été privilégiée. En effet, ce type d'analyse permet de procéder systématiquement au repérage des thèmes abordés dans les verbatim et au regroupement de ceux-ci afin de leur donner un poids relatif (Paillé et Mucchielli, 2003). Dans un premier temps, cette analyse a été faite de manière verticale, c'est-à-dire pour chacune des entrevues. Cette démarche a permis de découvrir des unités de signification, puis d'élaborer des catégories conceptuelles plus détaillées. Une fois cette étape réalisée, un second guide de codification a été développé. À partir des quatre catégories initiales, des thèmes émergents des verbatim ont permis de créer des sous-catégories, de façon à produire un arbre thématique et à préciser davantage la classification des informations obtenues. Une fois, l'arbre thématique créé, l'ensemble des entrevues a été codifié en s'assurant encore d'abord, à partir de trois entrevues choisies au hasard, que l'accord inter-juges était satisfaisant ( $r \geq 0,75$ ). Enfin, une analyse transversale regroupant la codification de l'ensemble des entrevues a également été réalisée afin d'identifier les thèmes récurrents et d'en déduire des conclusions.

L'annexe D présente la table de codification dans laquelle on retrouve la classification finale des résultats obtenus suite à la codification et à l'analyse des données provenant des verbatim. Ces résultats, présentés dans la section suivante, ont été classés en fonction des quatre objectifs poursuivis par l'étude et par ordre d'importance, c'est-à-dire que les thèmes ayant le plus de poids pour chacune des catégories sont rapportés en premier. Le nombre d'utilisateurs et d'intervenants ayant fait référence à chacun des thèmes émergents est également précisé.

## **QUATRIÈME CHAPITRE RÉSULTATS DE L'ÉTUDE**

Dans ce chapitre seront présentées les données fournies par les usagers et les intervenants du Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches au cours des entrevues qui ont été réalisées avec eux. Pour ce faire, les résultats seront exposés en quatre sections rappelant les objectifs de la présente étude. Dans la première section, il sera d'abord question des propos recueillis par les usagers et les intervenants en ce qui a trait aux raisons de retour des usagers vers les mêmes services suite à une rechute. La deuxième section présentera, quant à elle, le point de vue des participants quant aux besoins des personnes confrontées à une ou plusieurs rechutes, alors que la troisième section parlera des services actuels et à développer qui pourraient être offerts à ces personnes afin de répondre adéquatement à leurs besoins. Enfin, la dernière section exposera les qualités et les attitudes démontrées par les professionnels qui, selon les participants, favorisent le maintien des usagers dans les services ou leur retour suite à une rechute.

### **1. RAISONS DE RETOUR DANS LES MÊMES SERVICES SUITE À UNE RECHUTE**

Pour répondre à ce premier objectif de recherche, les données recueillies au cours des entrevues ont permis de relever dix catégories de raisons évoquées par les participants afin d'expliquer ce qui amène une personne dépendante à revenir dans les mêmes services suite à une rechute (voir annexe D). Parmi ces raisons, quatre ont été nommées par une majorité de participants et ont été considérées plus significatives. Il s'agit de l'appréciation et de la confiance des usagers à l'égard des services reçus antérieurement, de l'expérience de conséquences négatives en lien avec le retour à la consommation, du désir d'être accompagné dans sa démarche de changement et des motivations internes et externes. Ci-dessous chacune de ces raisons sont davantage expliquées et illustrées par des verbatim significatifs, rapportés textuellement, de ce que les usagers et les intervenants ont dit.

#### **1.1 Appréciation et confiance à l'égard des services reçus antérieurement**

La raison nommée le plus souvent par les participants pour justifier le retour des usagers dans les services se rapporte au fait d'avoir apprécié l'aide reçue dans le passé et d'avoir développé une certaine confiance envers ces services. Sept usagers et cinq intervenants y ont fait référence, pour un total de 21 références répertoriées dans

les verbatim. Les usagers retourneraient vers les services auxquels ils font confiance et cela semble attribuable autant à la qualité des services offerts par le centre qu'à la façon dont ils se sont sentis reçus par le personnel.

En effet, pour plusieurs usagers, leur retour vers les mêmes services s'explique tout d'abord par le fait d'avoir le sentiment d'avoir reçu des services de qualité dans le passé et d'avoir été pris en charge par du personnel compétent.

*Usager : C'est que j'avais eu des bons services. J'ai faite une rechute mais si j'ai pensé à revenir c'est parce que j'avais eu des bons soins ici, pis j'savais que j'pouvais revenir pis que j'allais être bien suivi.*

*Usager : Y'a rien à dire contre la thérapie. Moi j'trouve c'est bonne thérapie, c'est pas pour rien j'reviens ici. [...] Ils l'ont, ils savent comment s'y prendre pis c'est toute du cas par cas.*

Outre une expérience positive au sein de services reçus antérieurement, le type de contact vécu avec les intervenants est aussi nommé comme un facteur important relié à l'appréciation des services par les usagers ainsi que sur leur motivation à faire de nouveau appel aux services. Selon les participants, un accueil et une relation positive avec les intervenants lors de la première démarche, de même que le sentiment d'avoir été bien reçus sans être jugés sont des éléments qui influenceraient la décision des usagers à revenir ou non.

*Usager : Moi c'est si je suis revenu ici, c'est parce que j'avais été bien traité.*

*Usager : C'est pratiquement le même personnel qui m'a connu dans le temps, fait que ça m'enlevait une pression moi.*

*Intervenant : Peut-être que d'avoir senti quand ils sont venus la première fois qu'ils n'ont pas été jugés et qu'ils ont été entendus dans leurs besoins.*

## **1.2 Expérience de conséquences négatives**

La deuxième raison ayant été la plus rapportée par les participants concernant les raisons de retour des usagers dans les services suite à une rechute se rattache à l'expérience de conséquences négatives vécues en lien avec la reprise de la

consommation. Pour un total de 22 références répertoriées, huit usagers et quatre intervenants y ont fait mention.

Parmi les conséquences rapportées par les participants, quelques usagers seulement ont spécifié le type de conséquences qu'ils avaient vécues. Celles-ci touchent différentes sphères de leur vie telles que leur bien-être psychologique, leur famille, leurs relations interpersonnelles ou leur fonctionnement en société. Or, ce qui ressort davantage des propos des participants n'est pas tant la nature des conséquences vécues par les usagers, mais plutôt le fait que ces derniers semblent cumuler les conséquences de leur consommation jusqu'à ce qu'ils atteignent un niveau de détresse suffisamment significatif qui les motivent à changer. Ce n'est donc qu'une fois leur limite atteinte que les usagers feraient appel aux services.

*Usager : Si j'ai faite appel à CRAT-CA, c'est parce que, là j'étais vraiment désespéré. Là j'étais décidé à régler mon problème. [...] Je me suis dit moi si j'arrête pas de boire je suis dans rue.*

*Usager: Ben, j'avais un enfant là, j'm'en allais vers le suicide. J'ai dit faut que j'fasse de quoi. Soit que j'me laisse mourir, ou que j'me reprends en main.*

*Intervenant : Souvent les conséquences ça va être un déclencheur de leur demande de services. Y'ont accumulé les conséquences, et là ils vont avoir besoin d'aide maintenant.*

*Intervenant : Moi je pense que les gens qui viennent demander des services c'est que là y'ont atteint leur limite pis ils réalisent que là ça plus de bon sens.*

### **1.3 Désir d'être accompagné dans sa démarche de changement**

Une troisième raison fréquemment évoquée par les participants à l'étude pour expliquer le retour des personnes dépendantes dans les services suite à une rechute se rapporte à un désir d'être accompagné et de recevoir du support dans la démarche de changement. Cette raison a été repérée à 21 reprises, nommée par sept usagers et trois intervenants.

Selon les données recueillies, il semble que plusieurs usagers n'aient pas la perception d'être en mesure de se sortir seuls de leur dépendance. Un soutien



extérieur leur serait nécessaire afin qu'ils y parviennent. Cela a d'ailleurs été énoncé par près de la moitié des usagers ayant participé à l'étude, soit par 45,5 % d'entre eux. Le fait de faire appel aux services est alors justifié par un désir, voire un besoin, qu'un intervenant les aide à résoudre leur problème de consommation.

*Usager : J'ai toujours cru que j'étais capable d'arrêter ou de m'en sortir peu importe de quelle façon, mais tout seul j'y arrivais pas.*

*Usager : Parce que je le savais que j'étais pas capable d'arrêter, fait que fallait que j'y vienne ici.*

#### **1.4 Motivation au changement**

Suite à l'analyse des données obtenues par les entrevues, il a été possible de regrouper les motifs de retour dans les services en fonction de deux catégories retrouvées au sein de la littérature : les motivations internes, ou intrinsèques, et les motivations externes, ou extrinsèques (Deci et Ryan, 1985; 2000). Mises ensemble, nous avons constaté que ce type de raisons était rapporté par une majorité d'usagers (27 références de 8 usagers et de 2 intervenants). Lorsque ces deux catégories ont été comparées, un nombre équivalent de participants et d'extraits ont été relevés dans chacune d'elles.

Nous avons inclus dans les motivations internes les références se rapportant à des motifs personnels ou intrinsèques influençant la décision des usagers à demander de l'aide. Sept participants, dont six usagers et un intervenant ont mentionné que le retour des usagers dans les services était relié à des motivations internes, pour un total de 15 extraits répertoriés. Pour plusieurs, le retour dans les services s'explique alors par un désir volontaire de s'investir dans une démarche dans leur propre intérêt. Prendre soin de sa santé et améliorer sa situation personnelle ou familiale sont des exemples de motifs internes ayant été rapportés par les usagers.

*Usager : Moi j'suis revenu ici parce que premièrement, j'suis revenu de mon plein gré, personne m'a poussé à venir ici.*

*Usager : Pis là je me suis dit à moi-même c'est vrai, pense à toi pour une fois-là, fais le pour toi.*

Usager : *J'ai réfléchi à tout ça pis j'devais en amener mieux que ça mon fils pis à moi aussi. Parce que ma santé se détériorait fait que c'est pour ça que j'ai pris la décision.*

Intervenant : *Dans la rechute, quand les gens reviennent, ce que j'entends souvent ça va être des commentaires spontanés du type « j'étais pas prêt, ma motivation est différente » [...] Ils sont plus connaisseurs, plus expérimentés pis des fois on est en présence de motivations plus personnelles, plus internes, plus importantes.*

En ce qui concerne les motivations externes, les extraits répertoriés se rapportent à des circonstances ou des facteurs extérieurs à l'individu influençant sa décision de consulter des services. Les participants ont fait mention de motifs externes pour expliquer leur retour dans les services à 12 reprises. Ces extraits proviennent de cinq usagers et un intervenant et font surtout référence à des obligations légales et à des pressions provenant de l'entourage ou de l'employeur comme éléments ayant influencé leur décision à faire appel de nouveau à des services.

Usager : *Quand je suis rentré ici, j'avais pas le choix sinon je perdais mon emploi.*

Usager : *Au début c'était par obligation. Peu importe que ça soit une femme, la justice, les conséquences...*

Usager : *En premier, c'était une demande de la DPJ.*

## 2. BESOINS DES USAGERS EXPÉRIMENTANT UNE OU PLUSIEURS RECHUTES

Afin de répondre au deuxième objectif de la recherche, les entrevues réalisées ont tenté d'obtenir le point de vue des intervenants et des usagers sur les besoins des personnes expérimentant une ou plusieurs rechutes. L'analyse des verbatim a permis de faire ressortir 20 catégories de besoins dont six ont été rapportés par une majorité de participants (voir annexe D). Ces besoins sont de recevoir de l'aide extérieure, d'améliorer son réseau social et ses relations interpersonnelles, d'améliorer son bien-être psychologique, de prendre un temps d'arrêt, de répondre à des besoins de base et de réorganiser sa vie. Ci-dessous, chacun des ces besoins sont davantage expliqués et

illustrés par des verbatim significatifs, rapportés textuellement, de ce que les usagers et les intervenants ont dit.

## **2.1 Recevoir de l'aide extérieure**

Le premier besoin ayant été identifié est de loin le plus rapporté par les participants. Onze clients et sept intervenants, pour un total de 73 références, ont mentionné que les personnes vivant une ou plusieurs rechutes font appel aux services dans le but de recevoir une aide extérieure. Une analyse plus détaillée des résultats obtenus pour cette catégorie de besoins a permis de faire ressortir quatre formes d'aide extérieure que les usagers en rechute rechercheraient.

### *2.1.1 Être guidé et mieux outillé*

Tout d'abord, une première forme d'aide extérieure, nommée par le plus grand nombre de participants, se rattache à un besoin pour ces personnes d'être guidées à travers leur démarche de changement et d'être mieux outillées (25 références de 9 usagers et 5 intervenants). En ce sens, plusieurs extraits font mention d'un besoin de ces usagers qu'on les conseille ou qu'on les confirme dans leurs actions. Plusieurs nomment ainsi venir chercher dans les services l'avis d'un intervenant et s'en servir comme point de repère. Un grand nombre de personnes mentionnent aussi que les usagers ont besoin d'être mieux outillés dans leur démarche d'arrêt de la consommation. Ces outils peuvent notamment se traduire par du matériel thérapeutique, par la suggestion de façons d'agir ou de faire les choses ou par des moyens pour mieux gérer leur consommation.

*Usager : C'est qu'ils nous donnent du gaz, moi j'appelle ça d'même. Ils nous donnent du gaz, de l'outillage, des bonnes méthodes.*

*Usager : J'avais besoin de pistes, j'avais besoin de tracks sur des façons différentes d'agir, des façons différentes de penser. Pis en plus, ça te fait un point repère au cas où.*

*Usager : C'est d'avoir quelqu'un qui peut nous aider quand qu'on sait pas trop où est-ce qu'on s'en va.*

*Intervenant : Ils reviennent dans les services avec une attente d'avoir d'avantage d'outils. Ils ont besoin des fois des rappels de ce qu'on a déjà fait dans le passé.*

### *2.1.2 Être soutenu moralement*

Une deuxième forme d'aide extérieure qui est rapportée par les participants se réfère à un besoin chez les usagers d'être soutenus moralement dans le changement de leur consommation et de leurs habitudes (22 références de 7 usagers et 3 intervenants). Selon les participants, il est important que les usagers sentent qu'ils peuvent compter sur quelqu'un en cas de besoin. Ils ont aussi besoin que quelqu'un les encourage dans la poursuite de leur démarche de changement et qu'on les soutienne en cas de difficultés. Le fait d'être accompagné par un intervenant procure également une certaine sécurité pour quelques participants.

*Usager : Le seul le mot que je cherche, c'est d'avoir quelqu'un qui est là.*

*Usager : C'est quand même le fun de venir parler pis de s'faire dire que c'est correct, c'est bien, pis s'faire féliciter. [...] J'pense c'est ça qui m'a aidé aussi, je savais qu'elle était là pis, quand j'avais besoin, ben j'appelais.*

*Usager : Moi c'est sur ça m'prend un suivi parce que si j'ai pas d'suivi c'est sûr que j'va replonger n'importe quand.*

*Intervenant : Être sécurisé dans l'fait qu'ils ont la capacité de faire un changement sur la situation qui va pas bien. Et qu'ils seront pas seuls pour regarder pour que ça aille mieux.*

### *2.1.3 Être écouté et pouvoir se confier*

Le fait d'être écouté et de pouvoir se confier à quelqu'un est une troisième forme d'aide recherchée par les usagers lorsqu'ils reviennent dans les services. Sept usagers et trois intervenants ont rapporté ce besoin et ce, à 14 reprises au total. Les participants nomment l'importance que les usagers puissent parler de leurs problèmes à quelqu'un et ventiler sur leur situation personnelle et de l'impact que cela a sur leur bien-être personnel. Pour certains usagers, les intervenants seraient

aussi vus comme des personnes à qui il est plus facile de se confier notamment parce qu'ils sont liés au secret professionnel.

*Usager : Si j'ai eu des problèmes, ou comment que j'en aurais pas eu, si j viens en parler, moi ça m'fait du bien.*

*Usager : Mon intervenante, c'est la seule à qui j'dis des affaires que j'dis même pas à ma mère pis je sais que c'est secret. Ça me fait du bien parce que y'a des choses qui arrivent que je peux pas dire à personne pis ça me fait mal moi en dedans de moi ça là.*

*Intervenant : Souvent y'a des gens qui n'avoueront pas qu'ils ont recheté à leurs proches. Donc y'ont besoin de ventiler là-dessus, y'ont besoin de le nommer pour pas garder ça en-dedans d'eux la culpabilité.*

#### **2.1.4 Être encadré ou pris en charge**

Une dernière forme d'aide nommée par les participants qui serait recherchée par les usagers lorsqu'ils reviennent dans les services se rapporte à un besoin d'être encadrés ou pris en charge. Douze références de trois usagers et cinq intervenants en ont fait mention. Parmi les extraits, il a été rapporté, davantage par les intervenants que par les usagers, qu'en raison de leur plus grande vulnérabilité, certains usagers désirent qu'on leur dicte les actions à faire et les décisions qu'ils doivent prendre. Des usagers expriment aussi avoir besoin qu'on les surveille.

*Usager : Moi ça me prend ça, quelqu'un qui me dit quoi faire.*

*Usager : À quelque part, sentir que t'es surveillé. De pas laisser lousse. Il faut tu sentes que t'es watché. Ça serait bon pour quelqu'un qui est malade comme moi.*

*Intervenant : C'est des personnes qui ont besoin d'être encadrées davantage, pis qui sont beaucoup plus vulnérables. [...] Au début, on doit être beaucoup plus présent dans les décisions pis dans les actions, parce que la personne est souvent désorganisée. On est beaucoup plus à faire à la place de.*

## **2.2 Améliorer son bien-être psychologique**

Le deuxième besoin ayant été le plus rapporté par les participants de l'étude se réfère à la nécessité chez les usagers d'améliorer leur bien-être psychologique.

Cinquante-et-un extraits de verbatim provenant de neuf usagers et neuf intervenants ont été identifiés à cette catégorie de besoins. Autant les usagers que les intervenants rapportent que les individus qui vivent des rechutes sont aux prises avec plusieurs difficultés au plan psychologique qu'ils espèrent résoudre lorsqu'ils font appel aux services. Une analyse plus poussée des verbatim a permis de faire ressortir plus spécifiquement quatre sous-catégories de difficultés psychologiques rencontrées par ces usagers.

### *2.2.1 Apprendre à mieux gérer ses émotions*

Parmi les difficultés rencontrées, celle ayant été le plus nommée par les participants concerne la gestion des émotions (23 références de 6 usagers et 7 intervenants). Les propos rapportés font surtout référence à la tendance de ces personnes à accumuler ou à réagir négativement face à certaines émotions telles que l'anxiété, la colère ou la tristesse. La consommation est ainsi vue comme un moyen de fuir ses émotions. Pour ces individus, il est alors important de trouver d'autres moyens pour parvenir à mieux gérer leurs émotions.

*Usager : J'ai pas vécu aucune émotion, j'les ai bues. J'les ai enfouies. Pis on essaye de les faire sortir pour que j'puisse vivre comme il faut pis que mon taux d'anxiété baisse.*

*Intervenant : Ces gens là accumulent toutes sortes de frustrations, toutes sortes d'événements tristes qui leur arrivent pis des accumulations de toutes ces émotions et ils savent pas trop quoi faire avec.*

### *2.2.2 Résoudre un deuil ou un traumatisme*

Par ailleurs, les participants, majoritairement des usagers, rapportent que certains d'entre eux vivent des deuils et désirent qu'on les aide à ce niveau (9 références de 5 usagers et 2 intervenants). Les deuils nommés sont reliés à des traumatismes, à des pertes et à l'acceptation du passé. Ces usagers se tournent alors vers les services afin de les aider à mieux vivre avec ces événements.

*Usager : Je me suis aperçue que je devais travailler plus sur moi. Les deuils que j'ai*

*pas faits, faut que je m'en remette. C'est des choses qui peuvent porter à consommer aussi, le fait qu'on traîne des bébittes en arrière de nous autres.*

*Usager: Il fallait que j'accepte les erreurs que j'avais faites, essayer de passer par-dessus quand même que c'est dur mais, d'essayer de passer par-dessus.*

*Intervenant : Ils ont toutes leurs blessures, c'est sûr. C'est souvent des deuils de personnes ou des abus ou des divorces ou des gros événements dans leur vie finalement, c'est ce qu'ils veulent sortir pour être capable de mieux vivre avec ça.*

### *2.2.3 Vire mieux et être plus heureux*

En outre, dans une proportion moins importante et non majoritaire, des participants mentionnent que certaines personnes feraient appel aux services dans l'espoir de vivre mieux et d'être plus heureux (9 références de 3 usagers et 4 intervenants). Ils s'attendent à ce que les services les aident à se sentir bien et à diminuer leur souffrance.

*Usager : J'voulais aller chercher ce qui me faisait mal pis que ça sorte.*

*Usager : J'voulais juste pas être malheureux pis être bien.*

*Intervenant : Il y a souvent des gens qui me disaient que c'est pas parce qu'ils avaient arrêté de consommer qu'ils étaient mieux ou qu'ils étaient heureux. Il manquait quelque chose.*

### *2.2.4 Développer l'estime de soi*

Enfin, quelques personnes font aussi référence à des difficultés chez les usagers au niveau de l'estime d'eux-mêmes (10 références de 2 usagers et 3 intervenants). Selon ces participants, les personnes qui vivent des rechutes présenteraient un faible niveau de confiance personnelle et auraient besoin qu'on les aide à s'apprécier davantage et à rebâtir cette confiance. Pour quelques participants, le manque d'estime pourrait aussi affecter l'évaluation des usagers à l'égard de leur propre capacité à changer leur consommation, ces derniers ayant tendance se sous-estimer.

Usager : *Je venais chercher de l'estime, beaucoup d'estime de moi. Moi j't'un gars qui me suis toujours oublié. J'ai souvent pensé aux autres. Fait que de reprendre une confiance en moi, une estime de soi.*

Intervenant : *Habituellement les personnes chronicisées sont vraiment atrophiées sur le plan de l'estime. Y'ont beaucoup à faire de ce côté-là.*

### **2.3 Améliorer son réseau social et ses relations interpersonnelles**

Une troisième catégorie de besoins à avoir été mentionnée par une majorité de participants est reliée à la nécessité pour les usagers d'apporter des améliorations à leur réseau social et à leurs relations interpersonnelles. Ce besoin a été rapporté à 25 reprises et ce, par neuf usagers et sept intervenants. Plusieurs ont ainsi mentionné qu'en raison de leur réseau social très limité, ces personnes se sentent souvent isolées ou rejetées. Par ailleurs, plusieurs ne pratiquent pas de loisirs et ne cherchent pas nécessairement à rencontrer de nouvelles personnes.

Usager : *Ça va t'aider parce que la personne qui prend d'là boisson, elle se sent seule, elle se sent rejetée.*

Usager : *J'ai pas d'amis, j'en cherche pas non plus et je me suis beaucoup isolée. C'est sûr que j'ai quatre enfants et que j'ai d'autres préoccupations, mais c'est des choses qui auraient pu me faire du bien.*

Intervenant : *C'est des gens qui sont très souvent isolés et qui n'ont pas d'activités.*

Intervenant : *Ils font plus rien, y'ont plus de loisirs, y'ont pas de réseau social, ils vont avoir besoin de réinsertion sociale.*

En outre, les participants relatent que certaines personnes rencontrent aussi des difficultés dans leurs relations avec les autres. Selon ce qui a été mentionné, ces difficultés se rattachent le plus souvent à leur dynamique relationnelle ou peuvent aussi prendre forme à l'intérieur de leurs relations affectives.

Usager : *J'étais pris dans une relation affective malsaine, pis j'étais pas capable de m'en sortir par moi-même.*

Intervenant : *Y'en a beaucoup qui viennent aussi pour travailler des comportements. Donc des comportements relationnels, leur dynamique relationnelle, pour prévenir la rechute.*



## 2.4 Prendre un temps d'arrêt

Un autre besoin ayant ressorti davantage des données recueillies se réfère à un désir chez certains usagers de prendre un temps d'arrêt. Ce besoin n'a pas été identifié par la majorité des participants, mais a toutefois été rapporté à plusieurs reprises et ce, par la majorité des intervenants. Ainsi, pour un total de 14 références identifiées, neuf participants, soit trois usagers et six intervenants, en ont fait mention. Parmi les extraits recueillis, la plupart font référence à un besoin chez les usagers de prendre une pause dans leur vie. Ce qu'ils demandent est surtout de sortir de leur milieu de vie et de consommer un certain temps dans le but de se ressourcer. Les services comprenant un type hébergement temporaire sont ceux étant le plus souvent demandés aux intervenants pour répondre à ce besoin.

Usager : *C'était surtout pour me sortir d'où c'était parce que c'était entouré de boisson, de speeds...*

Usager : *J'suis venu ici pour me ressourcer. Ça te permet de prendre un temps d'arrêt aussi.*

Intervenant : *Le réflexe des gens c'est de dire moi j'veux aller en thérapie. C'est comme la seule place que je vois pour me sortir de là, m'arrêter d'agir dans la consommation.*

Intervenant : *C'est comme si ils ont besoin d'un temps d'arrêt. Y'ont besoin de sortir de leur routine, qui puissent sortir de leur monde pour s'en aller en thérapie.*

## 2.5 Besoins de base

Répondre aux besoins de base est une autre catégorie de besoins ayant ressorti plus que les autres lors de l'analyse des données. Bien qu'elle n'ait pas été nommée par une majorité de participants, cette catégorie a été répertoriée à plusieurs reprises et ce, par la moitié des intervenants. Trois usagers et cinq intervenants en ont fait mention à 16 reprises au total. Parmi les besoins de base qui ont été nommés, ceux-ci font surtout référence à des difficultés chez les usagers qui reviennent dans les services au niveau de la nourriture, du logement et au plan financier.

*Usager : Ben premièrement il faut être reposé. Pis à quelque part il faut s'nourrir. J'pense que c'était la base pour recommencer de quoi de nouveau.*

*Intervenant : Ils sont carrément à la rue avec leur petite valise. J'en ai déjà vu arriver avec toutes leurs possessions ici, y'avaient plus rien à l'extérieur. Fait que ça serait un besoin prioritaire de les aider à trouver un logement.*

*Intervenant : C'est sûr qui a des besoins urgents comme les personnes qui ont plus de logement, y'ont pas de nourriture ou y'ont tout simplement plus de revenu pis ils ne savent pas vraiment quoi faire.*

## **2.6 Réorganiser sa vie**

Enfin, un dernier besoin a été répertorié non pas par une majorité de participants mais tout de même par la moitié des intervenants : le besoin pour les clients qui vivent des rechutes de réorganiser leur vie. Cela a effectivement été rapporté à 12 occasions par trois usagers et cinq intervenants. Les extraits identifiés pour cette catégorie indiquent que ces individus seraient désorganisés sur divers plans, entre autres au niveau de leur milieu, de leur mode de vie et de leur fonctionnement en société. Les participants nomment aussi que ces personnes doivent apporter des changements importants à leur routine de vie afin d'être en mesure de retrouver une stabilité.

*Usager : J'suis venu ici pour me reprendre en main et pour essayer de fonctionner dans vie parce que là j'fonctionnais plus.*

*Intervenant : C'est des gens très désorganisés. Des fois y'ont un milieu de vie, des fois pas. Des fois le milieu de vie est totalement inadéquat donc faut les amener quasiment à le modifier. Des fois y'ont des gros virages à prendre pis c'est trop gros. Elle a besoin de se sortir du milieu pour un peu réapprendre une routine de vie. Donc ça c'est sûr qu'il y a beaucoup de gens qui viennent ici pour apprendre une routine de vie.*

*Intervenant : C'est comme si là ils ont besoin de retrouver une certaine stabilité, comme la rechute a amené d'être instable.*

### 3. SERVICES QUI POURRAIENT ÊTRE OFFERTS AUX USAGERS EN RECHUTE

Afin de répondre au troisième objectif de la recherche, les données recueillies à partir des entrevues réalisées avec les intervenants ont permis de relever certains services qui pourraient être offerts aux personnes faisant un retour dans les services suite à une rechute. Les participants ont ainsi été questionnés sur les services actuellement disponibles, de même que sur les services à développer susceptibles de répondre adéquatement aux besoins de ces usagers.

#### 3.1 Services actuels

Au total, la classification des informations recueillies à partir des entrevues réalisées ont permis d'identifier 16 catégories de services actuellement offerts, soit par le centre de réadaptation en dépendance ou dans la communauté, ainsi que 19 formes plus spécifiques d'interventions pouvant être réalisées par des professionnels (voir annexe D). Or, les données obtenues ne font ressortir qu'un seul service actuel ayant été rapporté par une majorité de participants, soit les groupes d'entraide. Par contre, certains services de même que certaines approches et pratiques professionnelles ont été nommés plus que d'autres. Il s'agit, pour les services, des groupes d'entraide, du suivi individuel dans la communauté et des services de réinsertion sociale. En ce qui concerne les pratiques professionnelles utilisées, il s'agit de l'exploration par les intervenants des causes de la rechute et de l'instauration d'un plan de prévention de la rechute. Enfin, parmi les approches qui ont ressorti, on retrouve l'approche motivationnelle et l'approche positive. Ci-dessous, chacun des ces services et de ces interventions sont davantage expliqués et illustrés par des verbatim significatifs, rapportés textuellement, de ce que les usagers et les intervenants ont dit.

### 3.1.1 Groupes d'entraide

Tout d'abord, parmi les services mentionnés, les groupes d'entraide sont ceux ayant été le plus rapportés par les participants (18 références de 5 usagers et 6 intervenants). Les types de groupe auxquels les gens font le plus référence sont les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes (12 référence de 5 usagers et 4 intervenants). Les autres formes de services de groupe ayant été nommées se rattachent à des services qui sont offerts par le centre de réadaptation public. Seuls les intervenants y ont fait référence (6 références de 4 intervenants). Les groupes d'entraide sont perçus, autant par les usagers que les intervenants, comme une source importante de soutien dans la démarche d'arrêt de consommation et pour prévenir la rechute. Certains intervenants voient aussi les groupes d'entraide comme une alternative différente et intéressante pour travailler certains objectifs avec les clients qui reviennent dans les services.

*Usager : Ben y'a les Alcooliques Anonymes qui a fait ses preuves. Donc, offrir cette ressource là, parce que y'a un suivi. Si tu sors de ta thérapie ici, pis que tu fais du meeting, t'as des grosses chances de rester abstinent.*

*Intervenant : Une des affaires pour prévenir les rechutes, à part les intervenants là, on pourrait dire que c'est les A.A ou les N.A.*

*Intervenant : Je pense que y'a du beau travail qui se fait en individuel qu'on peut travailler, mais en groupe c'est une autre dynamique pis y'a quelque chose à aller chercher là c'est sûr. Y'a des gens qui peut-être que ça fonctionnerait en groupe là où est-ce que ça n'a pas marché en individuel.*

### 3.1.2 Suivi individuel dans la communauté

Le suivi individuel dans la communauté a également été fréquemment nommé comme un autre service qui pourrait être offert aux personnes en rechute (12 références de 4 usagers et 3 intervenants). Ce type de service s'avère encore ici une source de soutien non négligeable pour les usagers dans l'arrêt de consommation et la prévention de la rechute. Autant les usagers que les intervenants ont mentionné qu'un suivi individuel peut augmenter les chances de succès et avoir des impacts positifs sur la démarche de l'utilisateur à plus long terme.

Usager : *Moi, j pense que le suivi externe, c est vraiment la clé du succès pour rester sans consommation à l extérieur.*

Intervenant : *On va essayer de vendre le suivi externe, pour prévenir les rechutes justement et que les gens se donnent un certain support dans le temps puis une bonne durée de façon à consolider.*

### 3.1.3 Réinsertion sociale

Les services de réinsertion sociale ont aussi été mentionnés à plusieurs reprises comme des services à offrir aux personnes revenant dans les services après une ou plusieurs rechutes, mais seulement du point de vue des intervenants (15 références de 7 intervenants). Selon ces intervenants, les usagers confrontés à une ou plusieurs rechutes nécessitent davantage de ces services en raison des plus grandes difficultés qu'ils rencontrent dans leur milieu de vie. Ces services peuvent aider les usagers sur différents aspects de la réinsertion sociale tels qu'aux niveaux social, professionnel, financier ou du logement.

Intervenant : *Chez les personnes qui font une rechute aussi, c est souvent une clientèle un petit peu plus désorganisée. Donc, c est pour ça qu on va plus interpeller là réinsertion dans ces dossiers là.*

Intervenant : *Quand t as plein de problèmes financiers à l extérieur ou que t es pas capable de rentrer dans ta thérapie parce que t as la tête trop aux problèmes quotidiens, la réinsertion sociale ça serait vraiment à prioriser.*

### 3.1.4 Exploration des causes de la rechute et plan de prévention de la rechute

Par ailleurs, de façon plus précise, une pratique d'intervention ressort plus particulièrement à travers les entrevues réalisées, soit une intervention actuellement offerte aux usagers qui reviennent dans les services visant à explorer les causes de la rechute. Cette intervention est réalisée dans le but d'identifier les situations à risque et d'aider les usagers à prévenir d'autres rechutes. Dans le même ordre d'idées, plusieurs participants nomment aussi l'importance que les usagers mettent sur pied un plan de prévention de la rechute comprenant, entre autres, les actions qu'ils

doivent faire ou les ressources à contacter lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque ou qu'ils vivent une rechute.

*Intervenant : Je regarde beaucoup au niveau des situations à risque qui ont peut-être manquées d'attention. [...] Il faut explorer la rechute et les signes précurseurs. Qu'est-ce qui s'est passé, y'a tu des événements, comment t'as vécu ça, est-ce que t'as des accumulations? Vraiment regarder ça pour que la personne comprenne.*

*Intervenant : C'est vraiment d'avoir un plan détaillé que s'il se passe telle affaire, je peux contacter telle ressource ou je peux contacter telle personne de mon entourage ou faire telle chose. Pis un plan de si vous faites une rechute qu'est-ce que vous pouvez faire.*

Il est à noter que ces deux pratiques d'intervention ont toutefois été rapportées presque en totalité par des intervenants. En effet, l'exploration des causes de la rechute est une intervention nommée à 30 reprises par un usager et huit intervenants, tandis que la mise en place d'un plan de prévention de la rechute a pu être répertoriée dans 11 extraits provenant de un usager et six intervenants.

### *3.1.5 Approche motivationnelle*

L'approche motivationnelle est ressortie dans les résultats obtenus et est considérée comme une approche à utiliser avec les personnes qui reviennent dans les services suite à une rechute. Six participants, majoritairement des intervenants (1 usager et 5 intervenants), ont fait référence à l'approche motivationnelle et ce, à l'intérieur de 12 extraits. Selon les intervenants, il serait important que les professionnels respectent le rythme de leurs clients. Ces derniers doivent prendre les clients là où ils sont et les amener à augmenter leur motivation à changer, notamment en leur faisant voir les avantages positifs à modifier leur consommation ainsi qu'en soulignant les efforts et les réussites. Selon les participants, ce type d'approche pourrait permettre d'encourager les clients à s'engager dans une démarche de changement et à poursuivre malgré les difficultés rencontrées.

*Usager : Qu'il y aille des paroles qui motivent la personne et qui l'encouragent, pour dire bon, mais coudonc, tu veux arrêter on va t'aider.*

*Intervenant : Pour les personnes plus chroniques là qui ont tendance à rechuter je pense que l'approche motivationnelle en partant, c'est gagnant. [...] Dans le fond, c'est d'encourager la personne à, oui tu as rechuté, oui tu as vécu une mauvaise mais tu as des gains aussi. C'est de l'amener à voir qu'elle avance pis qu'elle est bonne, même si elle vit des difficultés. Puis j pense que ça permet à la personne de vouloir poursuivre.*

*Intervenant : Ce n'est pas juste pour la prévention de la rechute, c'est hyper important de situer il est où le client. Parce que le client peut dire qu'il veut pas reconsommer mais dans les faits ses comportements ne vont pas dans ce sens là. Si on situe mal le client dans sa motivation à changer, on risque de mal intervenir.*

### *3.1.6 Approche positive*

L'utilisation d'une approche positive à l'égard des clients en rechute est un autre type d'intervention ayant été abordé à plusieurs reprises mais par des intervenants seulement. En effet, la moitié des intervenants, soit cinq d'entre eux, y ont fait référence et ce, dans sept extraits au total. Les intervenants parlent ainsi de l'importance d'adopter une attitude positive et non culpabilisante à l'égard des clients en rechute. Ils doivent s'attarder à augmenter la confiance de ces clients en renforçant leurs compétences face à leur possibilité de changer tout en s'assurant d'adapter leurs interventions de façon à leur faire vivre des succès.

*Intervenant : C'est important de leur faire vivre un succès pour leur montrer qu'ils sont capables. Faut féliciter vraiment les belles choses qui font, renforcer les bons coups qu'ils ont faites, axer là-dessus pis rendre les choses positives pour eux parce qu'ils sont toujours dans le négatif.*

*Intervenant : Ceux qui consomment, y'ont une faible estime d'eux-mêmes, mais ceux qui rechutent, c'est encore pire. Fait que peut-être que mettre quelque chose en branle là-dessus, leur faire vivre des petites réussites, je sais pas, t'sais quelque chose par rapport à ça.*

### *3.1.7 Services spécifiques à la clientèle en rechute*

Toujours en ce qui concerne les services actuels à offrir aux personnes qui redemandent de l'aide suite à une rechute, plusieurs participants nomment que les services actuellement disponibles au centre de réadaptation public et dans la communauté sont satisfaisants et répondent efficacement aux besoins des usagers

vivant des rechutes. Huit participants, soit quatre usagers et quatre intervenants, sont de cet avis, pour un total de 10 extraits répertoriés en ce sens dans les verbatim.

Usager : *Pour moi pour l'instant, ça répond très bien à mes critères.*

Intervenant : *J'ai l'impression moi que les services qu'on offre, c'est assez complet.*

Or, d'un autre côté, il a aussi été mentionné à plusieurs reprises, mais par des intervenants seulement, qu'il n'existe actuellement aucun service mis en place spécifiquement pour les personnes confrontées à une ou plusieurs rechutes et qui reviennent dans les services (25 références de 8 intervenants). Il semble alors que les services disponibles pour les usagers dits « chroniques » soient les mêmes que pour l'ensemble de la clientèle reçue. Certains intervenants nomment d'ailleurs que les services devraient être davantage adaptés pour ces personnes.

Intervenant : *À ma connaissance, y'a pas de services comme tel qui sont différents pour une personne en situation de rechute.*

Intervenant : *Je dirais que les clients chroniques, je pense pas qu'on peut avoir la même approche avec ces gens là pis faut pas non plus les recevoir de la même façon que la première fois qu'on rencontre quelqu'un.*

### **3.2 Services à développer**

Les données recueillies au cours de l'étude ont permis d'identifier dix types de services et trois formes d'intervention qui pourraient être développés pour les individus revenant dans les services suite à une rechute afin de mieux répondre aux besoins de ces personnes (voir annexe D). Parmi ceux-ci, aucun n'a par contre été rapporté par une majorité de participants. Trois types de services ont tout de même été nommés par un plus grand nombre de personnes et ressortent davantage du lot. Il s'agit de la mise en place d'un service téléphonique, du développement de groupes d'entraide offerts par les centres de réadaptation publics et de la possibilité pour les clients de pouvoir bénéficier d'un suivi post-intervention.

Les participants ont également fait mention de quatre principales améliorations qui devraient être apportées dans les services actuels, soit au niveau de



la formation des professionnels sur la dépendance et la rechute, ainsi qu'aux niveaux de l'accessibilité, de l'intensité et de la diffusion des services offerts dans la communauté. Par ailleurs, une majorité d'utilisateurs ont aussi mentionné être d'avis que la prévention de la rechute serait davantage la responsabilité du client et non pas celle des services offerts.

Dans les lignes qui suivent, chacune des améliorations à apporter dans les services sont expliquées plus en détails et illustrées par des verbatim significatifs, rapportés textuellement, de ce que les utilisateurs et les intervenants ont dit.

### 3.2.1 Service téléphonique

Un premier service qui, selon les participants, devrait être développé se rapporte à un service téléphonique offert par le centre de réadaptation en dépendance. En effet, sept participants, dont six utilisateurs et un intervenant, pour un total de 12 références identifiées, mentionnent que le fait d'avoir accès à une ligne d'écoute serait un service pertinent à instaurer. Ce type de service pourrait leur permettre de contacter un intervenant en toxicomanie en cas de besoin et d'avoir accès à des services en tout temps. Pour certains, l'accès à une ligne d'écoute pourrait permettre de diminuer les risques de rechute.

*Utilisateur : Peut-être qu'avoir eu quelqu'un à appeler directement pour parler, peut-être que ça m'aurait aidé.*

*Utilisateur : Pour prévenir la rechute, ben l'important c'est de savoir qu'on peut téléphoner à une place. Fait que service téléphonique, ben c'est sûr que d'emblée ça peut aider quelqu'un qui est vraiment entre deux eaux.*

### 3.2.2 Groupes d'entraide

Un deuxième service proposé par plusieurs participants, dont la moitié des intervenants, est la mise en place de groupes d'entraide autres que les Alcooliques Anonymes ou les Narcotiques Anonymes. Six références provenant d'un utilisateur et de cinq intervenants font mention de ce service qui pourrait être offert par le centre de

réadaptation ou un autre organisme de la communauté. Selon les participants, il n'existerait pas suffisamment de possibilités pour les clients en ce qui concerne les services de groupe et il serait intéressant que ces services soient davantage développés dans les services publics ou spécialisés en toxicomanie. Les groupes d'entraide sont vus comme un service bénéfique car ils donneraient accès aux clients à un lieu pour partager leurs expériences et pour se créer un réseau d'appartenance et de soutien dans leur démarche. Certains participants proposent aussi que des groupes soient plus spécifiquement adaptés à la clientèle ayant vécu une ou plusieurs rechutes.

*Usager : Peut-être d'avoir un groupe de monde qui ont eu des rechutes.*

*Intervenant : C'est sûr que t'as toutes les mouvements NA, AA, mais ça c'est de moins en moins populaire. Fait que, je sais pas, faudrait qu'il y ait quelque chose comme entre ça. Parce que souvent moi j'avais dire à mes clients « va à tes meetings », pis ça les intéresse pas. [...] Si ils font pas de meeting, y'ont pas de groupe. Si j'me trompe pas là, pour les dépendants, c'est vraiment juste des meetings qui existent.*

*Intervenant : Je verrais peut-être, ben ici ça l'existe pas mais, peut-être que ce serait aidant un groupe d'entraide qui entend d'autre personnes qui ont vécu un peu la même chose, comment qu'ils ont fait pour s'en sortir pis pour briser l'isolement.*

### 3.2.3 Suivi post-intervention

Que les usagers puissent bénéficier d'un suivi post-intervention est un troisième service suggéré plus fréquemment par les participants de l'étude. Cette catégorie de services a été identifiée à 11 reprises par deux usagers et trois intervenants. En effet, autant les usagers que les intervenants mentionnent qu'il serait pertinent que les usagers soient contactés par un intervenant du centre de réadaptation où ils sont allés une fois leur démarche dans les services terminée. Ces contacts pourraient notamment se faire par téléphone quelques mois plus tard et idéalement par le même intervenant qu'ils ont rencontré. Les participants croient que ce service pourrait permettre de relancer les usagers afin de s'assurer qu'ils vont bien et de leur offrir de l'aide s'ils sont en rechute ou en ressentent le besoin.

*Usager : On n'a jamais de retour d'appel. Ça va tu mieux ? Quelqu'un qui lâche un suivi externe, c'est rare que quelqu'un appelle. Peut-être que oui l'intervenant va l'appeler, va dire « t'es tu sûr de vouloir lâcher ça ». Mais j'sais pas moi, un p'tit rappel aux trois mois, aux deux mois. J'sais pas moi, juste le fait d'avoir un appel, ça va tu ben. De mettre un suivi comme ça, téléphonique ou n'importe quoi ou une lettre, mais j'pense que ça serait plus téléphonique que d'autre chose.*

*Intervenant : Pour éviter la rechute je pense qu'on doit relancer les clients. Je veux dire, des fois ça l'existe en vente, du service après-vente, les gens nous appellent pis tout ça. Ben ça serait quoi de vérifier, d'avoir le temps ou d'avoir le personnel pour contacter les gens qui ont arrêté de consulter, soit parce qu'ils sont en rechute ou parce qu'ils ont atteint leur objectif.*

### *3.2.4 Information et formation sur la dépendance et la rechute*

Une autre amélioration qui devrait être apportée selon plusieurs participants, dont une majorité d'intervenants, serait que les professionnels soient mieux informés sur la rechute et davantage outillés pour intervenir auprès des personnes dépendantes confrontées à une ou plusieurs rechutes (20 références de 2 usagers et 7 intervenants). En effet, plusieurs sont d'avis que la dépendance et la rechute sont parfois mal comprises des intervenants ou de l'entourage des personnes toxicomanes. Il serait alors pertinent que de la formation soit offerte aux intervenants et que les autres personnes gravitant autour des usagers, incluant l'entourage et les autres services de la communauté, soient davantage sensibilisées à ces problématiques.

*Intervenant : Mais j'pense que, amener une formation pour comment intervenir auprès de personnes chroniques qui vivent une couple de rechutes, ça pourrait être intéressant.*

*Intervenant : Ça serait l'un que les intervenants aient peut-être plus d'habiletés en prévention de la rechute. Avoir des trucs, être mieux informés sur la rechute pis être plus documentés là-dessus. Parce que t'sais, on part de ce qu'on pense là.*

*Intervenant : D'éduquer et de sensibiliser nos partenaires face à c'est quoi la dépendance, c'est quoi la toxicomanie et la rechute, ça pourrait peut-être aider une clientèle qui est en besoin de recevoir des services rapidement puis peut-être éviter une rechute.*

### 3.2.5 Accessibilité des services

En plus de proposer des services qui pourraient être mis sur pied pour les usagers ayant vécu une ou plusieurs rechutes, les participants ont aussi fait mention de certaines améliorations qui devraient être apportées au sein des services actuels. La première amélioration, nommée à plusieurs reprises et par une majorité de participants, se rattache à l'accessibilité des services qui sont offerts (27 références de 5 usagers et 5 intervenants). Selon les propos rapportés, les délais d'attente pour recevoir des services de réadaptation en toxicomanie sont souvent trop longs. Ces délais font alors en sorte que lorsque les services deviennent disponibles pour l'utilisateur, il est parfois trop tard, celui-ci ne désirant plus de services ou retournant vers la consommation.

*Usager : C'est très vite la consommation. C'est pas le temps d'attendre, rappelle moi demain là oublie ça moi j'suis partie. Faudrait qu'il y aille quelque chose de plus rapide.*

*Intervenant : Il y a le délai d'attente. Des services il y en a qui sont offerts mais le timing n'est peut-être pas toujours là.*

De plus, autant les usagers que les intervenants rapportent le manque de ressources disponibles le soir ou la fin de semaine. Selon eux, ouvrir cette possibilité pourrait permettre aux usagers de contacter quelqu'un lorsqu'ils se sentent à risque de rechute et d'ainsi diminuer les risques de retour à la consommation.

*Usager : J'le sais pas moi quand j'avais avoir une rechute. Ça peut être big bang tantôt... C'est sur que là j'avais appeler mon intervenante parce qu'elle me dit appelle moi n'importe quand, le jour là. Mais la fin de semaine pis l'soir...qui appeler je sais pas.*

*Intervenant : Ça se peut pas dans un service d'alcoolisme/toxicomanie que nos bureaux soient pas ouverts les fins de semaine. C'est comme si on disait aux gens, soyez malades la semaine, mais soyez pas malades la fin de semaine, parce que tout est fermé, les CLSC, les hôpitaux. Tout ça c'est du lundi au vendredi.*

Les participants nomment aussi que les services peuvent être difficilement accessibles pour certains usagers en raison de l'éloignement et du fait que ces derniers n'ont pas toujours accès à un moyen de transport. On propose alors que les

intervenants se déplacent, offrent le transport ou que les services, tels que la désintoxication, la thérapie interne ou l'intervention de groupe, soient disponibles dans un plus grand nombre de régions.

Usager : *Ça serait bien que vous vous déplaçiez pour les gens qui peuvent pas se déplacer ou les gens qui ont des restrictions à se déplacer.*

Intervenant : *Le fameux transport. Ça c'est sûr que la clientèle qui a pas de véhicule et qui est loin des services, peut-être que ça va prendre plus de temps avant qu'elle aille chercher des services.*

### 3.2.6 Intensité des services

Une dernière amélioration à apporter aux services actuels qui a été nommée plus souvent par les participants, mais non pas par la majorité, est reliée à la nécessité d'augmenter l'intensité des services offerts. Treize extraits provenant de trois usagers et quatre intervenants ont été répertoriés en ce sens. Les participants nomment que les services du centre de réadaptation devraient être offerts sur une base plus fréquente et plus intensive pour les personnes ayant vécu une ou plusieurs rechutes dans le passé. Les gens sont d'avis que les services actuels ne permettent pas que ces usagers soient vus assez souvent par les intervenants. Pour quelques intervenants, ces personnes devraient aussi être suivies à plus long terme. De plus, il semble que pour certains, la transition entre les services de réadaptation internes et externes ne soit pas suffisamment adaptée pour cette clientèle en raison de l'écart significatif entre ces deux services au niveau de l'intensité de l'accompagnement. Ainsi, afin de prévenir davantage les rechutes, il est conseillé par les participants que les usagers aient la possibilité de bénéficier de rencontres plus fréquentes avec leur intervenant une fois leur thérapie interne complétée et le retour dans leur milieu de vie.

Usager : *J'aime ça faire de l'individuel, mais il se trouve qu'on en fait juste une fois par semaine pis je trouve que c'est pas assez. Les filles en ont sur le dos, elles peuvent pas faire plus.*

Intervenant : *C'est un travail à long terme, c'est comme si il faut restructurer la personne à quelque part là. C'est sûr que c'est une question d'années.*

*Intervenant : Après la thérapie, ils tombent dans un suivi très peu intensif, donc à des fois une rencontre aux deux semaines quand ils sont chanceux, des fois plus longtemps. Donc je pense que le niveau d'intensité manque entre le full intensif et le pas intensif du tout. Donc ça je pense que ça manque beaucoup, y'a pas de transition entre les deux. Et d'ailleurs y'a beaucoup de clients qui me le nomment ça comme difficulté.*

### *3.2.7 Diffusion des services disponibles dans la communauté*

Une troisième amélioration à apporter dans les services a été rapportée par un plus grand nombre de participants. Bien qu'elle n'ait pas été nommée par la majorité, pour plusieurs participants, davantage des usagers, les services offerts dans la communauté serait méconnus, autant ceux s'adressant spécifiquement aux personnes aux prises avec une dépendance que les autres ressources en général (11 références de 4 usagers et 2 intervenants). Selon les propos rapportés, davantage de publicité devrait être faite afin de mieux faire connaître les différents services de la communauté à la population. Différents moyens de diffusion de l'information sont proposés par les participants tels que des dépliants, des affiches ou encore via Internet.

*Usager : Y'a pas beaucoup de monde qui savent qu'est-ce qui a comme ressources au niveau de la toxicomanie. Ça devrait être plus affiché. Moi ça pris du temps avant que je vienne ici. Toutes les ressources qui s'offrent, justement ça serait l'un que le monde le sache plus.*

*Intervenant : J'trouve qu'on n'est pas beaucoup connu, y'a pas de publicité. J'ai l'impression qu'on pourrait aller chercher encore plus de monde s'il avait de la publicité. Pour éviter la rechute, j pense qu'il y a de quoi à faire là-dedans aussi. Comme je disais tantôt, des dépliants.*

### *3.2.8 Responsabilité de l'usager dans la prévention de la rechute*

Pour terminer, bien que certains services et améliorations soient suggérés par les participants pour les personnes en rechute qui reviennent dans les services, lorsque ces derniers ont été questionnés sur les services qui auraient pu prévenir une rechute, plusieurs participants ont mentionné que la prévention de la rechute relevait davantage de la responsabilité de l'usager que des services (26 références de 8

usagers et 2 intervenants). En ce sens, la majorité des usagers nomment que bien que les services soient disponibles et que les gens les connaissent, ce sont les personnes elles-mêmes qui décident de les utiliser ou non et il en va de même en ce qui concerne leur décision de consommer ou non. Selon l'avis de plusieurs usagers, les services peuvent difficilement faire plus pour prévenir les rechutes si la personne en difficulté ne décide d'elle-même de faire appel à eux.

*Usager : Quand j'ai pas voulu boire, j'ai pris les moyens pour pas boire. J'ai téléphoné ici et ça m'a faite du bien, pis j'ai pas bu. Mais quand tu te dis c'est ça que j'veux faire, ton intervenante peut pas te contrôler.*

*Usager : Le service est là. La personne peut y recourir comme elle peut décider de ne plus y aller. Quand une personne n'est pas décidée, comment tu feras n'importe quoi, y'a absolument rien à faire. C'est à la personne à s'en servir.*

*Intervenant : Y'a beaucoup de ressources, mais ça revient à la mise en action de la personne et on peut pas le faire à leur place. C'est vraiment la personne qui peut prévenir sa rechute.*

#### 4. QUALITÉS ET ATTITUDES PROFESSIONNELLES FAVORISANT LE MAINTIEN OU LE RETOUR DES USAGERS EN RECHUTE DANS LES SERVICES

Afin de répondre au quatrième et dernier objectif de l'étude, les usagers et les intervenants ont été appelés à donner leur point de vue sur les qualités et les attitudes de l'intervenant favorisant le maintien ou le retour des usagers en rechute dans les services de réadaptation. Il a été possible de repérer 14 catégories de qualités et d'attitudes professionnelles dont cinq ont été rapportées par une majorité de participants (voir annexe D). Il s'agit de la capacité de l'intervenant à créer la relation avec son client, à adopter une attitude d'acceptation inconditionnelle, à susciter la motivation chez le client, à faire preuve d'écoute et de l'expérience personnelle et professionnelle de l'intervenant. Ci-dessous, chacune des ces qualités et attitudes sont davantage expliquées et illustrées par des verbatim significatifs, rapportés textuellement, de ce que les usagers et les intervenants ont dit.

#### 4.1 Savoir créer la relation

La première attitude à avoir été rapportée par les participants se réfère à la capacité de l'intervenant à créer une relation de confiance avec les usagers avec qui il travaille. Cette attitude est celle ayant été nommée par le plus de personnes, soit par sept usagers et six intervenants. Parmi les 23 références répertoriées, les participants mentionnent que l'intervenant doit chercher à être significatif pour l'utilisateur. Les personnes dépendantes seraient souvent méfiantes face aux gens et hésiteraient à faire confiance. L'intervenant doit donc aller au-delà de la méfiance, il doit savoir créer un lien de confiance. Une relation de confiance permettrait alors d'aborder des sujets délicats avec l'utilisateur et d'aller plus loin dans la démarche. En outre, quelques participants indiquent que malgré la chronicité de la problématique, l'intervenant doit demeurer empathique et soutenant face à l'utilisateur. La relation pourrait, selon certains, éviter la rechute. Pour d'autres, si elle n'évite pas la rechute, la relation pourrait faire en sorte que l'utilisateur revienne demander des services.

*Usager : Faut avoir une personne que tu peux t'ouvrir. Faut vraiment que t'aille confiance à 100 %.*

*Usager : Mais comme avec mon intervenante au début j'osais pas trop mais elle m'a mis à l'aise. Ça pris du temps, mais ça m'a mis à l'aise.*

*Intervenant : C'est sûr que si j'ai un bon lien, qu'il y a un bon lien entre moi et ma personne, le jour où on échange sur la prévention de la rechute, les choses à faire attention, c'est beaucoup moins défensif. Un bon lien ça aide à vendre aussi, si tu veux amener la personne à travailler un objectif en particulier.*

*Intervenant : C'est beaucoup au niveau de la relation, c'est ça qui est primordial. Moi je pense que ça l'évitera peut-être pas à rechuter mais ça peut faire en sorte que si elle a eu un bon lien, elle va revenir après là.*

#### 4.2 Acceptation inconditionnelle

L'acceptation inconditionnelle est l'attitude professionnelle à privilégier qui a été rapportée le plus souvent par les intervenants (36 référence de 3 usagers et 7 intervenants). Plusieurs ont nommé l'importance que les intervenants évitent de juger le client et ce, peu importe le nombre de rechutes et de demandes d'aide. Bien que



plusieurs reconnaissent qu'il doit être difficile pour l'intervenant de ne pas avoir de jugement envers l'utilisateur qui rechute, celui-ci doit éviter de montrer de la déception et d'avoir des idées préconçues de la rechute. L'intervenant doit accepter le rythme de l'utilisateur en rechute avec les forces et les faiblesses qui accompagnent cette situation et se comporter de manière à ce que l'utilisateur se sente accueilli, sans aucune trace de rejet. Tant pour les intervenants que pour les utilisateurs, ces attitudes d'accueil favoriseraient le lien thérapeutique et pourraient motiver l'utilisateur à revenir dans les services dans les situations les plus difficiles ou décourageantes.

*Utilisateur : Il faut croire aux gens même si on sait très bien que la réussite est mince. Il faut pas que tu te sentes jugé peu importe qu'est ce qui a.*

*Intervenant : C'est de ne pas arriver avec des jugements ou avec des idées préconçues. Et comme je disais tantôt, de les accompagner à leur rythme, avec leurs forces, leurs faiblesses. Quand la personne se sent accompagnée, respectée et pas jugée, habituellement elle se sent bien et elle a envie de vivre des moments comme ça et de continuer.*

*Intervenant : Il faut pas que la personne sente qu'on les juge ou qu'on est déçu. Donc c'est sûr qu'au niveau de l'ouverture de l'intervenant c'est important.*

#### **4.3 Savoir susciter la motivation**

La capacité de l'intervenant à susciter la motivation de l'utilisateur à l'égard de sa démarche de changement est une troisième attitude professionnelle mentionnée par une majorité de participants. En effet, cinq utilisateurs et six intervenants en ont fait mention à 18 reprises au total. Autant pour les utilisateurs que les intervenants, ce dernier doit arriver à motiver l'utilisateur afin de le maintenir dans les services. Selon les utilisateurs, l'intervenant doit permettre au client de croire en lui-même et être porteur d'espoir pour l'utilisateur. Il doit aussi savoir encourager l'utilisateur dans sa démarche. Certains utilisateurs parlent de transfert d'énergie de l'intervenant à l'utilisateur. Par ailleurs, pour certains participants, l'intervenant peut favoriser la motivation chez l'utilisateur en lui proposant des défis lui permettant de progresser sans que ces défis soient trop exigeants, évitant ainsi qu'il se démotive. L'intervenant doit aussi questionner la motivation de l'utilisateur et ce, dès le début de l'intervention et prendre l'utilisateur là où il est dans sa motivation.

Usager : *Ça te prend quelqu'un qui a des paroles qui motivent la personne et qui l'encouragent.*

Usager : *Un bon intervenant, ben premièrement la première chose c'est de dire est-ce que tu veux t'en sortir? Est-ce que tu es prêt à arrêter de consommer? Si je dis non, mon intervenant va dire ok, c'est correct, on va commencer à travailler ensemble quand même.*

Intervenant : *Il faut croire au client, surtout quand lui il n'y croit plus. Et voir les bons coups, de voir que même si il a rechuté ça semble être différent des autres fois.*

Intervenant : *Il faut être là où la personne est et l'amener un petit peu plus en avant mais pas trop parce qu'on va la perdre au niveau du lien.*

Intervenant : *La qualité de l'intervenant, c'est de réussir par toutes sortes de moyens de faire en sorte que la personne commence et éventuellement s'alimente elle-même dans sa confiance à changer.*

#### **4.4 Capacité d'écoute**

Une autre qualité professionnelle à avoir été identifiée à plusieurs reprises, mais par une majorité d'usagers seulement, se rapporte à la capacité de l'intervenant à être à l'écoute de son client (13 références de 7 usagers et 2 intervenants). Pour les usagers, l'écoute serait essentielle chez un intervenant en dépendance. En effet, ces derniers mentionnent l'importance de se sentir écoutés et entendus dans leur décision de demeurer ou non dans les services. Non seulement l'utilisateur doit sentir que l'intervenant l'écoute, mais il doit aussi sentir qu'il a et prend le temps de l'écouter. Certains usagers parlent même du « sens de l'écoute » que l'intervenant doit posséder.

Usager : *Mon intervenante, elle a un grand sens de l'écoute. Quand j'parle, c'est quasiment tout l'temps moi qui parle, mais elle me laisse parler, pis elle me donne des bonnes idées et des bons conseils.*

Usager : *Mon intervenante, elle m'écoutait pis elle me coupait pas. Ça m'a fait du bien! Ça m'a donné le goût de rester.*

#### 4.5 Expérience de l'intervenant

Enfin, l'expérience de l'intervenant est la dernière qualité à avoir été identifiée par une majorité d'usagers. Six usagers sur onze mentionnent que l'expérience de l'intervenant joue un rôle important dans leur démarche au sein des services et ce, pour plusieurs raisons (17 références). L'expérience professionnelle de l'intervenant peut d'abord être synonyme de sécurité pour les usagers. Cette expérience pourrait permettre à l'intervenant de mettre davantage en garde l'utilisateur sur ce qui l'attend, d'anticiper les étapes à franchir, de voir arriver les situations à risque ou d'être plus alerte face aux problèmes. De plus, pour les usagers, un intervenant d'expérience n'a pas peur d'aborder des contenus émotifs et ce, tout en gardant la distance émotionnelle nécessaire. La spécialisation en dépendance est également un élément important pour les usagers qui vivent une rechute. Enfin, les usagers plus âgés mentionnent l'importance d'être suivis par un intervenant de leur âge et réagir plus négativement à un intervenant plus jeune. Ils nomment le besoin de rencontrer quelqu'un qui présente une certaine maturité pour s'assurer d'être compris et bien orientés.

*Usager : Ce que je recherche c'est des compétences qui sont demandées par des diplômes. C'est sûr qu'il faut qu'ils aient une formation pis je pense que c'est un atout aussi ceux qui ont passé à travers une dépendance quelconque. [...] Les travailleuses sociales qui sont ici sont pas vieilles là, mais y'ont quand même un âge pis une expérience qui fait en sorte que la confiance pour moi est plus facile à donner.*

*Usager : Premièrement, j'avais deux fois son âge. Je suis pas un maître du sujet, mais elle manquait d'expérience. Fallait ben qu'elle apprenne à quelque part t'sais.*

En somme, il semble donc que les propos des participants, usagers et intervenants, aient permis de répondre à l'ensemble des questions de recherches. Si certaines réponses sont davantage caractéristiques des usagers et d'autres des intervenants, aucune contradiction ou désaccord n'ont été relevé entre les deux types de répondants. Qui plus est, pour la majorité des questions abordées l'ensemble des participants semblaient faire consensus, ce qui permet de statuer en la saturation des données empiriques et d'appuyer la validité des résultats rapportés. Ci-dessous, le tableau 2 présente un récapitulatif des résultats obtenus pour chacun des objectifs

visés par la présente étude. Pour conclure cette démarche de recherche, ces résultats sont discutés dans le chapitre suivant.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des résultats obtenus à l'étude

<b>1. Raisons de retour dans les mêmes services suite à une rechute</b>			
	RÉFÉRENCES	USAGERS	INTERVENANTS
1.1 Appréciation des services	21	7	5
1.2 Expérience de conséquences négatives	22	8	4
1.3 Désir d'être accompagné dans sa démarche de changement	21	7	3
1.4 Motivation au changement	27	8	2
<b>2. Besoins des usagers expérimentant une ou plusieurs rechutes</b>			
	RÉFÉRENCES	USAGERS	INTERVENANTS
2.1 Recevoir de l'aide extérieure	73	11	7
2.1.1 Être guidé et mieux outillé	25	9	5
2.1.2 Être soutenu moralement	22	7	3
2.1.3 Être écouté et pouvoir se confier	14	7	3
2.1.4 Être encadré et pris en charge	12	3	5
2.2 Améliorer son bien-être psychologique	51	9	9
2.2.1 Apprendre à mieux gérer ses émotions	23	6	7
2.2.2 Résoudre un deuil ou un traumatisme	9	5	2
2.2.3 Vivre mieux et être plus heureux	9	3	4
2.2.4 Développer l'estime de soi	10	2	3
2.3 Améliorer son réseau social et ses relations interpersonnelles	25	9	7
2.4 Prendre un temps d'arrêt	14	3	6
2.5 Besoins de base	16	3	5
2.6 Réorganiser sa vie	12	3	5
<b>3. Services qui pourraient être offerts aux usagers en rechute</b>			
	RÉFÉRENCES	USAGERS	INTERVENANTS
3.1 Services actuels			
3.1.1 Groupes d'entraide	18	5	6
3.1.2 Suivi individuel dans la communauté	12	4	3
3.1.3 Réinsertion sociale	15	0	7
3.1.4 Exploration des causes de la rechute	30	1	8
Plan de prévention de la rechute	11	1	6
3.1.5 Approche motivationnelle	12	1	5
3.1.6 Approche positive	7	0	5
3.1.7 Services spécifiques à la clientèle en rechute			
Services actuels adéquats	10	4	4
Absence de services spécifiques	25	0	8
3.2 Services à développer			
3.2.1 Service téléphonique	12	6	1
3.2.2 Groupes d'entraide	6	1	5
3.2.3 Suivi post-intervention	11	2	3
3.2.4 Information et formation sur la dépendance et la rechute	20	2	7
3.2.5 Accessibilité des services	27	5	5
3.2.6 Intensité des services	13	3	4
3.2.7 Diffusion des services disponibles dans la communauté	11	4	2
3.2.8 Responsabilité de l'utilisateur dans la prévention de la rechute	26	8	2
<b>4. Qualités et attitudes professionnelles favorisant le maintien ou le retour des usagers en rechute dans les services</b>			
	RÉFÉRENCES	USAGERS	INTERVENANTS
4.1 Savoir créer la relation	23	7	6
4.2 Acceptation inconditionnelle	36	3	7
4.3 Savoir susciter la motivation	18	5	6
4.4 Capacité d'écoute	13	7	2
4.5 Expérience de l'intervenant	17	6	0

## **CINQUIÈME CHAPITRE DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Dans ce dernier chapitre, les résultats obtenus dans le cadre de cette étude seront discutés en fonction des objectifs à documenter. Tout d'abord, les objectifs visés par l'étude seront rappelés, après quoi les résultats seront discutés de façon à répondre à chacun de ces objectifs et à comparer les résultats aux connaissances existantes. Les limites de l'étude seront par la suite présentées et des recommandations pour les prochaines études seront formulées. Enfin, les retombées possibles de ces résultats pour l'intervention seront aussi discutées.

### **1. DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Ce projet de recherche avait comme principal objectif d'augmenter les connaissances actuelles en ce qui concerne les besoins des personnes faisant appel plus d'une fois à des services de réadaptation suite à une rechute. Pour ce faire, la présente étude s'est attardée à documenter quatre objectifs permettant de mieux comprendre les besoins des usagers et ce qu'ils recherchent en termes de services. Ces objectifs étaient d'identifier (1) les raisons motivant le retour dans les mêmes services suite à une rechute, (2) les besoins des personnes dépendantes vivant une rechute, (3) les services qui pourraient répondre à leurs besoins et (4) les attitudes utilisées par le professionnel qui favorisent le retour et le maintien des personnes en rechute dans les services. Ce projet de recherche présente un aspect novateur par son angle d'approche qui s'intéresse à documenter autant le point de vue des usagers eux-mêmes que des cliniciens. Dans les sections suivantes, chacun des objectifs de l'étude sera discuté de façon à comparer les résultats obtenus aux connaissances existantes et à dégager des pistes de réflexion en ce qui concerne l'adaptation des services pour la clientèle en rechute et les besoins pour la recherche.

#### **1.1 Raisons de retour dans les mêmes services suite à une rechute**

Les résultats obtenus suggèrent que les personnes qui reviendraient dans les services le feraient pour plusieurs raisons. Le type d'expérience vécue antérieurement au sein des services aurait tout d'abord un impact important sur la

décision de revenir ou non vers les mêmes services. Logiquement, il est en effet normal de retourner vers une ressource d'aide lorsqu'une première expérience a été satisfaisante dans le passé. L'étude de Grella et ses collaborateurs (2003) supporte d'ailleurs ces résultats en rapportant que les personnes qui feraient appel de nouveau à des services suite à une rechute le feraient en croyant plus fortement au potentiel de ces services et en leur capacité à répondre à leurs besoins.

Une forte majorité des participants de l'étude soulignent également que le retour dans les services est expliqué par le besoin d'être accompagnés dans la démarche de changement. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés dans l'étude de Scott, Dennis et Foss (2005) et de Hser et ses collaborateurs (1999a) à l'effet que les personnes qui n'en sont pas à leur première demande de services verraient davantage la nécessité de recevoir de l'aide. En effet, pour plusieurs des usagers de la présente étude, l'aide extérieure serait vue comme essentielle au succès de la démarche de changement. Un grand nombre de ces personnes envisageraient difficilement de devoir affronter seules les difficultés reliées au changement de leurs habitudes de consommation. Ainsi, devant l'ampleur des difficultés anticipées, s'en sortir seules deviendrait pour elles presque impossible.

En outre, l'accumulation de conséquences négatives par les usagers apparaît comme un élément fort important motivant les personnes à demander à nouveau de l'aide lorsqu'elles vivent une rechute. Les résultats viennent ainsi appuyer l'étude de Claus et ses collaborateurs (1999) à l'effet que la dégradation de la qualité de vie et de la capacité à fonctionner dans différentes sphères de vie serait un meilleur prédicteur pour expliquer le retour des personnes dépendantes dans les services que la gravité de la consommation. Selon les propos recueillis par les participants, ces derniers attendraient souvent d'avoir atteint leurs limites personnelles avant de faire appel aux services. Au moment où ces personnes demandent de l'aide, on peut penser que ces dernières sont alors aux prises avec un nombre important de difficultés. Les résultats viennent ainsi appuyés les études répertoriées au sein de la littérature à l'effet que les personnes revenant à plus d'une reprise dans les services suite à une rechute présenteraient un portrait clinique plus détérioré et un plus grand

nombre de besoins que les usagers en étant à leur première demande de services (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008).

Au-delà de l'ensemble des raisons évoquées pour expliquer le retour dans les services, la motivation au changement apparaît comme un facteur déterminant. Qu'elle soit interne ou externe (Deci et Ryan, 1985; 2000), la motivation au changement présentée par l'utilisateur vient teinter l'ensemble de raisons précédemment nommées. En ce sens, un usager qui vit une pression interne ou externe d'apporter un changement à son mode de fonctionnement n'hésitera pas à demander de l'aide, surtout si les expériences antérieures de services ont été vécues positivement. Inversement, un usager dont la motivation est faible, voire absente, ne demandera pas d'aide et ce, même si sa situation est critique et sa qualité de vie très détériorée (Prochaska *et al.*, 1992). À ce propos, Hser et ses collaborateurs (1999a) indiquent que plus les personnes auraient fait appel souvent à des services suite à une rechute, plus elles présenteraient une motivation intrinsèque à changer leur situation. Or, dans la présente étude, si tous les répondants ayant abordé ce sujet s'accordent pour dire que même les meilleurs services ne sauraient se substituer à la motivation de l'utilisateur, les répondants ne semblent pas accorder plus d'importance à la motivation interne qu'à la motivation externe. Les résultats de la présente étude suggèrent toutefois que les motivations pourraient se modifier à travers le temps et devenir de plus en plus intrinsèques en cours de démarche ou lors des demandes ultérieures.

## **1.2 Besoins des usagers expérimentant une ou plusieurs rechutes**

Plusieurs besoins rapportés par les participants dans le cadre de la présente étude se retrouvent au sein de la littérature. En effet, les résultats de l'étude nous indiquent que les usagers en rechute présenteraient des difficultés sur plusieurs autres plans autres que leur consommation, plus particulièrement au niveau de leur bien-être psychologique, de leur réseau social et de leurs relations interpersonnelles (Anglin *et al.*, Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a). Tel que proposé par le modèle théorique de Maslow (1943; 2008), il apparaît que les personnes qui reviennent dans

les services suite à une rechute présentent des besoins de niveaux supérieurs, soit, en ordre d'importance, des besoins d'appartenance (recevoir de l'aide extérieure, améliorer son réseau social et ses relations interpersonnelles), d'accomplissement personnel et d'estime (améliorer son bien-être psychologique). Bien que, étant donné le portrait clinique plus détérioré de ces usagers (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008), il ait été attendu que les personnes en rechute présentent davantage de besoins sur le plan physiologique et de la sécurité, dans la présente étude, les participants accordent plus d'importance aux besoins d'appartenance et d'accomplissement, si ce n'est que de quelques intervenants. Cette particularité peut s'expliquer par le type de services offert dans les centres de réadaptation en dépendance d'où les participants ont été recrutés (aide psychologique versus aide matérielle). De plus, l'âge moyen des usagers à l'étude (44,9 ans) permet de croire qu'à cette étape de leur vie, les personnes dépendantes, bien qu'en difficulté, cherchent comme plusieurs un sens à leur vie et un sentiment d'accomplissement personnel (Erikson, 1980).

De plus, les résultats de la présente étude ont permis d'appuyer la littérature existante à l'effet que les personnes expérimentant une ou plusieurs rechutes présenteraient certaines difficultés d'ordre psychologique (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b). Or, contrairement aux études antérieures, cette étude vient préciser ces besoins en faisant ressortir quatre formes plus spécifiques de difficultés psychologiques auxquelles cette clientèle peut être le plus souvent confrontée. Ainsi, il semble que les usagers revenant dans les services suite à une ou plusieurs rechutes présenteraient des besoins plus particulièrement au niveau de la gestion des émotions, de la résolution de deuils ou de traumatismes passés, de la diminution de leur sentiment de mal-être et de l'augmentation de leur estime personnelle. Il faut dire aussi que 54,5 % des usagers ayant participé à l'étude ont mentionné avoir un diagnostic de santé mentale, ce qui est représentatif de ce que l'on retrouve dans la littérature (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Dennis *et al.*, 2005; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b).



Les usagers en rechute semblent particulièrement touchés par le besoin de recevoir de l'aide et un soutien extérieur, que ce soit pour les guider à travers leur démarche de changement ou encore pour les soutenir moralement et les encourager dans la poursuite de celle-ci. De façon similaire aux études répertoriées dans la littérature, les personnes ayant une plus longue histoire de services en dépendance présenteraient un plus grand nombre de difficultés sur le plan social (Anglin *et al.*, 1997; Hser *et al.*, 1999a). Il n'est donc pas étonnant de retrouver chez les usagers de la présente étude le besoin qu'un intervenant les accompagne, les guide ou les soutienne dans leur démarche d'arrêt ou de diminution de leur consommation. En raison du faible niveau de soutien disponible dans leur réseau social primaire, ces personnes semblent alors se tourner vers les professionnels, un réseau social dit secondaire, afin de répondre à ce besoin et ne pas se retrouver seules face aux difficultés possibles reliées au changement de leurs habitudes. Or, une fois les services terminés, la personne doit pouvoir compter sur quelqu'un, autre qu'un professionnel, en cas de besoin. Cette tâche liée au développement d'un réseau social de soutien primaire chez les dépendants chroniques n'est pas une mince affaire considérant que, selon les résultats de la présente étude, les usagers en rechute auraient davantage l'habitude de s'isoler, craignant de décevoir ou d'être jugés par leurs proches. Bien que représentant un défi majeur, le soutien social serait toutefois un aspect important à considérer par les professionnels, d'autant plus que la présence de difficultés au niveau du réseau social et des relations interpersonnelles augmenterait les risques de rechute et influencerait négativement les chances de rétablissement à long terme (Hser *et al.*, 1999a; Scott *et al.*, 2005).

### **1.3 Services qui pourraient être offerts aux usagers en rechute**

Au Québec, il ne semble pas exister de services ou de programmes d'intervention développés spécifiquement pour les personnes confrontées à une ou plusieurs rechutes. En effet, il semble que les centres de réadaptation en dépendance proposent aux personnes qui reviennent dans les services suite à une ou plusieurs rechutes la même offre de services qu'aux autres usagers (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Desrosiers *et al.*, 2010; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et*

*al.*, 1999b; Tremblay *et al.*, 2004). Fait à souligner, la nature et l'intensité des services dépendraient toutefois de l'évaluation de chaque individu qui prendrait en compte le type de difficultés rencontrées et la gravité de leur problème de consommation. Or, tout comme le suggère la dernière offre de services de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), les résultats de la présente étude soutiennent que l'intervention devrait être adaptée pour les usagers qui reviennent dans les services suite à une rechute ou dits « dépendants chroniques » (Desrosiers *et al.*, 2010).

Les participants à l'étude ont, en effet, fait ressortir trois types de services existants et quatre pratiques d'intervention qui devraient être privilégiés plus particulièrement avec les personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes. Parmi les services les plus rapportés, on retrouve les groupes d'entraide, le suivi individuel dans la communauté par un intervenant en dépendance et les services de réinsertion sociale. Alors que l'absence de soutien de l'entourage augmenterait les risques de rechute (Hser *et al.*, 1999a; Scott *et al.*, 2005), l'appui d'un groupe d'entraide ou d'un organisme spécialisé en dépendance augmenterait les chances de rétablissement chez les personnes en rechute (Hser *et al.*, 1999a; Scott et Dennis, 2009). Ces services, actuellement offerts par les centres de réadaptation ou dans la communauté, semblent ainsi être des alternatives possibles au manque de ressources de ces personnes dans leur entourage ou leur milieu de vie.

La présente étude a également permis d'identifier quatre formes d'interventions plus spécifiques qui sont utilisées et à maintenir par les professionnels qui travaillent auprès des personnes revenant dans les services suite à une rechute. Les deux premières interventions se rapprochent sensiblement des stratégies de prévention de la rechute telles que présentées par les chercheurs s'étant intéressés à ce modèle d'intervention (Annis, 1986; Donovan, 1996; Lowman *et al.*, 1996; Marlatt et Gordon, 1985; Marlatt, 1996; Witkiewitz et Marlatt, 2004). Il s'agit en effet pour les intervenants d'explorer avec le client les causes de sa rechute et d'établir avec ce dernier un plan de prévention de la rechute en établissant des

moyens et des actions à prendre lorsqu'il est confronté à des situations à risque de consommation.

Les deux autres formes d'interventions mises de l'avant par les participants à l'étude sont pour leur part des approches visant à favoriser la motivation du client à l'égard de sa démarche de changement et à le renforcer positivement dans les efforts investis. Ainsi, malgré les rechutes, l'intervenant doit continuer à adopter une approche positive avec le client et non se montrer confrontant ou culpabilisant face à la rechute. Ce genre d'approche décrite par les participants est comparable à l'approche motivationnelle de Prochaska, DiClemente et Norcross (1992). Il faut dire que cette approche est de plus en plus mise de l'avant dans les centres de réadaptation publics du Québec (Desrosiers *et al.*, 2010; Tremblay *et al.*, 2004), ce qui a fort probablement influencé les réponses des intervenants.

Bien qu'un certain nombre de participants soient d'avis que les services offerts actuellement dans la communauté et par les centres de réadaptation en dépendance soient adéquats, la majorité d'entre eux croient toutefois que certaines améliorations devraient être apportées au sein des services afin de mieux répondre aux besoins des usagers en rechute. Tout d'abord un grand nombre de participants à l'étude questionnent l'accessibilité aux services et la méconnaissance de ceux-ci par la population. À cet effet, les données recueillies font surtout état d'un manque au niveau des délais d'attente entre la demande et la prise en charge par les services, de l'éloignement de certains services offerts ainsi que de la non publicisation des services disponibles. Des études antérieures ont démontré que plus les personnes faisaient appel rapidement à des services suite à une rechute, moins leur situation risquait de se détériorer et plus grandes seraient leurs chances de rétablissement à long terme (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009). Or, bien que les participants de la présente étude indiquent que les personnes en rechute attendent trop souvent d'avoir cumulé les conséquences avant de demander de l'aide, lorsqu'elles se décident à revenir vers les services, il semble qu'en plus elles soient souvent confrontées à la difficulté d'avoir accès rapidement à des services ou à leur éloignement des ressources d'aide. Ces difficultés liées à l'accessibilité peuvent sans

aucun doute affecter le retour dans les services et la motivation des usagers en rechute.

Trois mots-clés semblent définir les suggestions d'actions pour améliorer les services auprès des personnes qui reviennent dans les services suite à une rechute : disponibilité, intensité et continuité. Les participants à l'étude ont souvent fait référence au manque de disponibilité des ressources d'aide qui pourraient répondre à leurs besoins. En effet, l'existence de certaines limites géographiques et budgétaires ne permet pas d'offrir toute la gamme de services à l'ensemble des régions desservies par les centres de réadaptation (désintoxication, hébergement, groupes d'entraide). Pour pallier cette limite, les participants à l'étude suggèrent la mise en place d'un service téléphonique de crise, disponible et offert en tout temps par un organisme spécialisé en dépendance. Les études réalisées à ce jour ne se sont pas encore intéressées à évaluer les impacts de la mise en place d'un service téléphonique de crise sur le rétablissement des personnes en rechute. Or, les études menées par le groupe de recherche provenant du *Chesnut Health Systems Centre* (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009) font état d'une forme d'intervention prometteuse pour ces personnes qui comprendrait, entre autres, un suivi téléphonique dans la communauté. Ce type de service s'avère intéressant à considérer non seulement pour la prévention de la rechute, mais aussi pour permettre aux personnes actuellement en rechute d'avoir accès plus rapidement à des services, avant que leur situation se détériore davantage et qu'elles accumulent les conséquences.

Les participants à l'étude font également référence au manque d'intensité. En effet, les participants mettent de l'avant l'importance que les services soient offerts sur une base plus intensive et à plus long terme aux usagers ayant une ou plusieurs rechutes à leur actif. Étant plus vulnérables (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008), il semble tout à fait logique que les personnes qui reviennent dans les services suite à une rechute puissent bénéficier de services plus intensifs, particulièrement lorsque ces dernières retournent ou sont suivies dans leur milieu de vie. Ces résultats

concordent avec les études réalisées antérieurement et démontrent que les services procurent de meilleurs résultats auprès de cette clientèle lorsqu'ils sont offerts sur une longue période (Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Scott *et al.*, 2005) et lorsque les contacts avec les intervenants sont plus fréquents (Hser *et al.*, 1999a).

De plus, les participants à l'étude font ressortir un manque de continuité dans les services, par exemple, un manque de continuité entre les services de désintoxication et de réadaptation, entre les services internes et les services externes, de même qu'entre la fin des services et le retour autonome dans le milieu de vie. L'intervention *Recovery Management Checkup* (RMC) (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009) va dans le même sens, mais propose toutefois une intervention beaucoup plus intensive et structurée, regroupant des rencontres individuelles régulières, des séances de motivation, des contacts téléphoniques et de l'accompagnement d'une ressource à l'autre. Or, devant les impacts positifs de cette intervention sur le rétablissement à long terme et dans le traitement de la dépendance chronique (Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009), il serait pertinent qu'un suivi ponctuel soit réalisé avec les personnes ayant déjà expérimenté une rechute dans le passé une fois leur programme de réadaptation terminé. Reste à voir si la structure organisationnelle et les ressources financières et humaines disponibles peuvent permettre la mise en place d'un tel service au sein des centres de réadaptation du Québec.

Soulignons enfin que si les services actuels offerts aux personnes vivant une rechute ne sont pas parfaits, pour plusieurs répondants il n'en demeure pas moins que la prévention de la rechute relèverait davantage de la responsabilité des usagers eux-mêmes que de celle des services. En ce sens, il se peut qu'avant de faire appel aux services, un certain nombre de personnes tentent seules de reprendre le contrôle de leur consommation suite à une rechute. Selon les usagers, à moins d'être toujours présents avec eux, les services n'y pourraient donc rien pour éviter les rechutes. Il est intéressant, ici, de noter que ce phénomène, pouvant être expliqué par le concept d'autodétermination (Deci et Ryan, 1985; Ryan et Deci, 2000), n'a été rapporté dans

aucune des études recensées. Malgré l'absence de ce phénomène dans la littérature, il s'agit ici d'un levier intéressant pour l'intervention et appuie l'importance de l'approche motivationnelle auprès des personnes vivant une rechute.

#### **1.4 Qualités et attitudes professionnelles favorisant le maintien ou le retour des usagers en rechute dans les services**

En ce qui concerne le quatrième et dernier objectif de l'étude, les participants ont fait mention de qualités et d'attitudes professionnelles à privilégier par les intervenants afin de favoriser le retour et le maintien des usagers en rechute dans les services. Parmi celles-ci, certaines d'entre elles ont aussi été rapportées par les recherches antérieures. Les participants à l'étude ont d'abord fait mention de la nécessité que les intervenants agissent comme motivateurs pour les usagers à l'égard de leur démarche, notamment en leur offrant de l'encouragement et en se montrant positifs à l'égard de leur possibilité de changement. Selon les études, ce genre d'attitude de l'intervenant augmenterait les chances que les usagers demeurent dans les services (Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.* 1999b; Rash *et al.*, 2008). Rappelons d'ailleurs que certaines recherches ont observé que les personnes ayant fait appel à des services à de multiples reprises auraient souvent tendance à les quitter de façon prématurée (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003). Or, pour bénéficier pleinement de ces services, il serait primordial que les personnes dépendantes demeurent dans les services sur une période de temps suffisamment longue, particulièrement celles ayant été confrontées à des rechutes, étant donné le plus grand nombre de difficultés et de besoins auxquels elles semblent être exposées (Hser *et al.*, 1997; Hser *et al.*, 1999b). En ce sens, si les intervenants parviennent à motiver les usagers à l'égard de leur démarche de changement, ces derniers risquent de se retrouver plus longtemps au sein des services et d'obtenir ainsi de meilleurs résultats à leur traitement.

De plus, la présence d'une relation thérapeutique positive entre l'utilisateur et son intervenant favoriserait le maintien et le retour dans les services suite à une rechute (Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008). Les usagers de la présente étude nomment l'importance de se sentir bien et en

confiance avec leur intervenant avant de se livrer à des confidences. Pour les intervenants, cela permettrait d'aller plus loin dans l'intervention et d'aborder des sujets plus délicats avec le client. Les professionnels devraient ainsi accorder une attention particulière à l'établissement d'une relation de confiance avec les clients qui reviennent dans les services. Pour les participants de l'étude, cette relation positive serait teintée d'une acceptation inconditionnelle de l'intervenant, d'une bonne capacité d'écoute et d'une expérience professionnelle crédible. Ces résultats démontrent bien qu'outre la nature des services, la relation thérapeutique est au cœur de l'intervention. Chez les individus vivant une rechute, le milieu thérapeutique demeure souvent la seule porte ouverte, les gens de l'entourage ayant abandonné l'idée de pouvoir aider (Anglin *et al.*, 1997; Hser *et al.*, 1999a). Les personnes en rechute viendraient donc chercher l'appui d'une personne qui ne leur portera pas de jugement malgré les rechutes, qui les écouterait et qui, en raison de leur expérience personnelle ou professionnelle, les comprendrait. Cet appui serait d'autant plus précieux qu'en raison des échecs antérieurs, les personnes qui vivent des rechutes auraient bien souvent une faible estime personnelle et verraient peu d'espoir de réussir un jour à se sortir de leur problème de consommation (Mercier et Alarie, 2000).

## 2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude se doivent toutefois d'être interprétés en tenant compte de certaines limites sur le plan méthodologique. La première limite de cette recherche se rattache à l'hétérogénéité des profils des usagers de l'échantillon en termes de services reçus. En effet, outre les services de réadaptation offerts par le centre au sein duquel les usagers ont été recrutés, la majorité d'entre eux ont mentionné avoir reçu d'autres services offerts dans la communauté tels que des groupes d'entraide, des thérapies privées, des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres de santé ou d'autres organismes spécialisés en dépendance. Les réponses des usagers ont donc pu être influencées par leurs expériences dans divers autres types de services. Les différences marquées entre les expériences de services de chaque usager permettent

donc difficilement de généraliser les résultats à l'ensemble des services offerts pour les personnes dépendantes.

En outre, les données qui ont été recueillies dans le cadre de cette étude sont des données rétrospectives, basées sur le souvenir des usagers au moment de leur rechute et de leur retour dans les services, ainsi que sur celui d'intervenants qui ont eu à travailler auprès de cette clientèle. Pour plusieurs usagers, il s'est avéré parfois difficile de se remémorer certains événements et de faire la chronologie des services reçus dans le passé, surtout si la personne avait une longue histoire de traitements et de rechutes antérieurs. Il est alors possible que certaines informations soient manquantes. Il faut dire aussi que le fait que certaines données se réfèrent à des périodes où les usagers consommaient abusivement de l'alcool et/ou des drogues a pu aussi rendre certains souvenirs moins accessibles. Il est à noter que cette limite demeure toutefois difficilement contournable puisque l'ensemble de la clientèle ciblée dans la présente étude possède un long parcours de services de par leurs conditions personnelles, familiales, sociales et environnementales.

En ce qui concerne les intervenants, les données colligées étaient basées sur l'expérience générale des intervenants auprès de la clientèle revenant dans les services à répétition suite à une ou plusieurs rechutes. En ce sens, contrairement aux usagers qui ont été amenés à se prononcer sur leur propre expérience, le point de vue des intervenants se référait à une vue d'ensemble de plusieurs clients à la fois plutôt qu'à un individu en particulier, ce qui a pu nuire à la précision des informations rapportées par les intervenants. Il faut dire également que les réflexions demandées pour chacun des répondants n'étaient pas équivalentes. Par ailleurs, comme leur charge de cas n'est pas uniquement composée de personnes en rechute, il peut s'avérer parfois difficile pour les professionnels de s'en tenir uniquement à cette clientèle précise. Il se pourrait donc que certains résultats ne s'appliquent pas nécessairement uniquement aux usagers qui font appel à plusieurs reprises à des services d'aide suite à une rechute, soit à la clientèle dite «chronique ». Pour pallier ces limites, il aurait été intéressant de rencontrer des dyades intervenants/usagers,



permettant ainsi aux intervenants d'être plus spécifiques dans leurs références et de rendre les données plus comparables entre les répondants.

### 3. RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES

Afin d'améliorer la fiabilité et la généralisation des résultats spécifiquement à la clientèle utilisant les services à plusieurs reprises suite à une ou plusieurs rechutes, les recherches futures auraient avantage à recruter les usagers au moment même où ils font une nouvelle demande dans les services. En effet, plutôt que d'utiliser des données uniquement de type rétrospectif, il pourrait être intéressant de suivre une cohorte d'usagers afin d'évaluer l'évolution de leurs besoins et de leurs attentes envers les services, de même qu'envers les professionnels et ce, tout au long de leur démarche de rétablissement. Cette façon de faire pourrait d'autant plus favoriser la documentation des services et des interventions qui sont offerts à ces usagers au cours de leur démarche dans les services de réadaptation. En ce sens, il serait plus facile pour les professionnels de rapporter les services offerts et à offrir à ces personnes s'ils peuvent se référer à des individus en particulier plutôt qu'à leur expérience générale auprès de cette clientèle.

Par ailleurs, l'utilisation d'une méthodologie mixte, comprenant l'ajout de données quantitatives, pourrait également permettre d'améliorer la validité des résultats en documentant de façon plus précise la séquence des services reçus (nombre de demandes de services, types de services reçus, durée, délai entre les épisodes de services, etc.). L'utilisation de questionnaires évaluant la qualité des services reçus, notamment, à partir d'une échelle de satisfaction standardisée de type Likert, est un autre exemple de données quantitatives qu'il serait également intéressant de recueillir. L'ajout de telles données favoriserait sans aucun doute la triangulation et la fiabilité des différentes données obtenues par les entrevues.

Enfin, au niveau de la pratique, il serait fort pertinent que les recherches investissent leurs efforts dans l'évaluation de services, d'interventions ou de programmes qui pourraient s'avérer prometteurs auprès des usagers faisant appel

plus d'une fois à des services suite à une ou plusieurs rechute. Par exemple, l'intervention *Recovery Management Checkup* (Dennis *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2005; Scott et Dennis, 2009), instaurée initialement dans un centre spécialisé en dépendance aux États-Unis, pourrait être intéressante à reproduire au Québec afin d'évaluer si ce type de services produit les mêmes effets positifs sur le rétablissement des usagers et la prévention de la rechute auprès des usagers chronicisés.

#### 4. RECOMMANDATIONS POUR L'INTERVENTION

Ces différents résultats font d'abord ressortir l'importance pour les professionnels de réaliser une évaluation exhaustive des usagers qui reviennent dans les services suite à une rechute et ce, afin de s'assurer d'avoir un portrait global du fonctionnement de la personne dans ses différentes sphères de vie. Rappelons d'ailleurs qu'il n'existerait aucune étude à ce jour qui serait parvenue à faire ressortir un profil spécifique caractérisant les personnes ayant fait appel plus d'une fois à des services suite à une rechute (Hser *et al.*, 1997). Ainsi, l'absence d'un portrait clinique homogène et l'accumulation possible de conséquences diverses au cours de la rechute militent en faveur d'une révision d'évaluation à chacune des demandes d'aide et ce, même si le délai est court entre l'arrêt du traitement précédent, la rechute et la nouvelle demande d'aide.

Comme le soulignent Mercier et Alarie (2000), les rechutes peuvent affecter l'estime personnelle et amener les personnes dépendantes à croire qu'elles n'ont pas la capacité de s'en sortir. Dans cette optique, l'approche motivationnelle apparaît d'autant plus pertinente à utiliser avec les personnes qui reviennent dans les services suite à une rechute. En ce sens, si les intervenants parviennent à susciter la motivation chez les usagers à l'égard de leur démarche, ces derniers risquent de se retrouver plus longtemps au sein des services (Claus *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.* 1999b; Rash *et al.*, 2008) et obtenir de meilleurs résultats à leur traitement, ce qui pourrait avoir nécessairement un impact positif sur leur rétablissement à long terme (Hser *et al.*, 1999b). De plus, considérant la gravité des difficultés et du portrait clinique souvent présentés par les usagers confrontés à des rechutes (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1999a; Hser *et al.*, 1999b; Rash *et al.*, 2008), la présente étude suggère de favoriser une prise en charge rapide, voire même de prioriser cette clientèle, dans les services de réadaptation.

Enfin, s'il est clair que du point de vue de l'intervenant, cette clientèle puisse parfois être démotivante, il faut se rappeler que la rechute est un phénomène très fréquent qui toucherait la majorité des personnes présentant une dépendance à l'alcool ou aux drogues (Douaihy *et al.*, 2007; Marlatt et Gordon, 1985; McLellan, 2002; Polivy et Herman, 2002, Weisner *et al.*, 2003). De plus, chez les personnes présentant une dépendance chronique, un seul épisode de traitement ne serait pas suffisant. Pour ces raisons, le traitement de la dépendance devrait plutôt être envisagé à long terme (Anglin *et al.*, 1997; Claus *et al.*, 1999; Grella *et al.*, 2003; Hser *et al.*, 1997). Les intervenants se doivent donc de faire preuve de beaucoup de compréhension à l'égard des difficultés de ces usagers à se sortir de leur problème de consommation et considérer la rechute davantage comme une étape dans le processus de rétablissement de l'utilisateur plutôt que comme un échec au changement initial (Hser *et al.*, 1997). Cette vision du changement de la part des professionnels pourrait permettre de favoriser leur persévérance et leur engagement envers les usagers confrontés à une ou plusieurs rechutes. Toutefois, bien qu'utile à une certaine étape de réadaptation, l'intervenant ne doit pas demeurer la seule source de soutien pour l'utilisateur et devrait s'assurer de développer un réseau social positif autour de la personne.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques* (Trad. par J.-D. Guelfi *et al.*). Paris : Masson (1<sup>ère</sup> éd. 2000).
- Anglin, M.D., Hser, Y.-I. et Grella, C.E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addiction Behaviors*, 11(4), 308-323.
- Annis, H.M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W.R. Miller et N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviors : Process of Change*. (p.407-433). New-York : Plenum.
- Annis, H.M. (1990). Relapse to substance abuse : empirical findings within a cognitive-social learning approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 117-124.
- Annis, H.M. et Davis, C.S. (1991). Relapse prevention. *Alcohol, Health and Research World*, 15, 204-212.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool : l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)*, Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.
- Brisson, P. (2000). Développement du champ québécois des toxicomanies au XX<sup>e</sup> siècle. In P. Brisson (dir.), Vol. III - *L'usage des drogues et la toxicomanie* (p. 3-44). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment : a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(1), 46-54.
- Centre québécois de lutte aux dépendances (2006). *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Montréal : Centre québécois de lutte aux dépendances.
- Chayer, L., Larkin, J., Morissette, P. et Brochu, S. (1997). *Prévenir les toxicomanies: De la nature du problème aux politiques à considérer*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe de travail en prévention des toxicomanies.
- Claus, R.E., Mannen, R.K. et Schicht, W.W. (1999). Treatment career snapshots : profiles of first treatment and previous treatment clients. *Addictive Behaviors*, 24(4), 471-479.
- Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R. et Lapointe, F. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. Montréal : Institut de la statistique du Québec.

- Deci, E. L. et Ryan R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-regulation in human behavior*, New York: Plenum Press.
- Deci, E. L. et Ryan, R.M. (2000). The what and why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Dennis, M., Scott, C.K. et Funk, R. (2003). An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Evaluation and Program Planning*, 26, 339-352.
- Denzin N. et Lincoln Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Desjardins, S. (1996). *Les coûts de l'abus de substances au Québec*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document téléaccessible à l'adresse <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/coutabus96.pdf>>. Consulté le 17 novembre 2009.
- Desrosiers, P., Ménard, J.-P., Tremblay, J., Bertrand, K. et Landry, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base*. Montréal : Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec.
- Donovan, D.M. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91(suppl.), 29-36.
- Douaihy, A., Stowell, K.R., Park, T.W. et Daley, C.D. (2007). Relapse prevention : clinical strategies for substance use disorders. In K. Witkiewitz et G.A. Marlatt (dir.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (p. 37-71). New-York : Elsevier Inc.
- Erikson, E.H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: Norton (1<sup>re</sup> éd. 1959).
- Gouvernement du Québec (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Document téléaccessible à l'adresse : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>>. Consulté le 12 novembre 2009.
- Grella, C.E., Hser, Y.-I. et Hsieh, S.-C. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 145-154.
- Hser, Y.-I., Anglin, M.D., Grella, C.E., Longshore, D. et Prendergast, M.L. (1997). Drug treatment careers : a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543-558.

- Hser, Y.-I., Grella, C.E., Chou, C.P. et Anglin, M.D. (1998). Relationships between drug treatment careers and outcomes: Findings from the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Evaluation Review*, 22(4), 496-519.
- Hser, Y.-I., Grella, C.E., Hsieh, S.-C., Anglin, M.D. et Brown, B.S. (1999a). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 137-150.
- Hser, Y.-I., Joshi, V., Anglin, M.D. et Fletcher, B. (1999b). Predicting post-treatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *American Journal of Public Health*, 89(15), 666-671.
- Hser, Y.I., Maglione, M., Polinsky, L. et Anglin, M.D. (1998). Predicting drug treatment entry among treatment-seeking individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), 213-220.
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2007). *Brochure « Rechute... Qu'est-ce que c'est? Que faire? Comment la prévenir? »*. Lausanne : ISPA. Document téléaccessible à l'adresse : <[http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Rechute.pdf](http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rechute.pdf)>. Consulté le 14 novembre 2009.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. et Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Montréal : Institut de la statistique du Québec. Document téléaccessible à l'adresse : <[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/troubles\\_mentaux.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/troubles_mentaux.pdf)>. Consulté le 6 novembre 2010.
- Lesage, A., Rhéaume, J. et Vasiliadis, H.-M. (2008). *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Montréal : Institut de la statistique du Québec.
- Litman, G.K., Eiser, J.R., Rawson, N.S.B. et Oppenheim, A.N. (1977). Toward a typology of relapse : A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2(3), 157-162.
- Lowman, C., Allen, J. et Stout, R.L. (1996). Marlatt's taxonomy of high-risk situations for relapse : Replication and extension. *Addiction*, 91(suppl.), 51-71.
- Marlatt, G.A. et Gordon J.R. (éd.) (1985). *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York : Guilford Press.

- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91(suppl.), 37-49.
- Maslow, A. (1943). A Theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-96.
- Maslow, A. (2008). *Devenir le meilleur de soi-même: besoins fondamentaux, motivation et personnalité* (Trad. par L. Nicolaieff). Paris: Eyrolles (1<sup>re</sup> éd. 1954).
- McLellan, T.A. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-252.
- Mercier, C. et Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. In P. Brisson (éd.) *Vol. III - L'usage de drogues et la toxicomanie*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p.335-365.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis : An Expanded Sourcebook* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Moos, R.H. et Moos, B.S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101, 212-222.
- Nadeau, L. et Biron, C. (1998). Le traitement. In L. Nadeau et C. Biron (éd.), *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie* (p.81-108). Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Norcross, J. C. et Hill, C. E. (2004). Empirically supported therapy relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), 19-24.
- Office of Applied Studies (2002). *New and repeat admissions to substance abuse treatment*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of health and human services.
- Paillé, P. (1991). Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration. In *Actes du congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS)* (p.1-35). Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Éditions Armand Colin.
- Pires. A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (éd.). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p.113-167.



- Polivy, J., et Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57, 677-689.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rash, C.J., Alessi, S.M. et Petry, N.M. (2008). Contingency management is efficacious for cocaine abusers with prior treatment attempts. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(6), 547-554.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A. et Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada en 2002*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011333-2006.pdf>>. Consulté le 17 novembre 2009.
- Richard, D., Senon, J.-L. et Valleur, M. (dir.) (2009). *Dictionnaires des drogues et des dépendances* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Larousse in extenso (1<sup>re</sup> éd. 1999).
- Roberts, G., and A. Ogborne (1999). *Meilleures pratiques : Alcoolisme et toxicomanie, Traitement et réadaptation*, Ottawa : Santé Canada. Document téléaccessible à l'adresse : <<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues>>. Consulté le 10 novembre 2009.
- Scott, C.K. et Dennis, M.L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction*, 104, 959-971.
- Scott, C.K., Dennis, M.L. et Foss, M.A. (2005). Utilizing recovery management checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(3), 325-338.
- Santé Canada (2000). *Les drogues – Faits et méfaits*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Statistique Canada (2003). Tableau CANSIM 01051100. In Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être 2002*. Ottawa.
- Tjepkema, M. (2004). Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. Supplément aux Rapports sur la santé. *Statistique Canada*, 15(82-003). Document téléaccessible à l'adresse : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2004000/pdf/7447-fra.pdf>>. Consulté le 2 novembre 2009.

- Tremblay, J., Allaire, G., Dufresne, J., Lecavalier, M. et Neveu, Y. (2004). *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.
- Tuten, M., Jones, H.E., Lertch, E.W. et Stitzer, M.L. (2007). Aftercare plan of inpatients undergoing detoxification. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 547-555.
- Weisner, C., Matzger, H. et Kaskutas, L.A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911.
- Witkiewitz, K. et Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems : That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 39(4), 224-235.
- Witkiewitz, K. et Masyn, K.E. (2008). Drinking trajectories following an initial lapse. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(2), 157-167.

## **ANNEXE A**

### **TABLEAU DE RECENSION**

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées

<b>Auteurs :</b> Anglin, Hser et Grella (1997)							
<b>Titre :</b> <i>Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)</i>							
<b>Objectif :</b> Identifier les caractéristiques associées à une carrière de traitements auprès d'usagers de services du DATOS.							
<b>Échantillon</b>	<b>Définition de la rechute</b>	<b>Mesure</b>	<b>Variables à l'étude</b>			<b>Conclusion</b>	
<i>N/sexe/âge</i>		Outils/méthode	<i>Besoins de services identifiés</i>	<i>Services développés</i>	<i>Adéquation</i>	<i>Limites (selon les auteurs)</i>	<i>Recommandations (selon les auteurs)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>10 010 adultes âgés de 18 ans et plus, dépendants à une substance, admis dans un des 96 programmes de traitement des États-Unis entre 1991 et 1993 et recrutés dans le cadre de l'étude menée par le Drug Abuse Treatment Outcomes Studies (DATOS).</li> </ul>	<p>« <i>drug treatment career</i> » :</p> <p><i>admissions répétées ou multiples à un traitement (i.e. histoire antérieure de traitements).</i></p>	<p>2 entrevues face-à-face 1 semaine après l'admission à un des centres de traitements inclus dans le DATOS</p> <p>Entrevues semi-dirigées portant sur les thèmes suivant : données socio-démographiques, histoire de consommation de drogues, état de santé physique et mentale, antécédents criminels, fonctionnement au plan social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'usage d'héroïne est associé à une plus longue carrière de traitement alors que les personnes dépendantes à l'alcool uniquement ont la plus courte.</li> <li>Niveau de gravité de la consommation plus élevé chez les personnes qui font appel à répétition à des services.</li> <li>Comportements à risque plus présents (relations sexuelles non protégées, prostitution, antécédents criminels) et fonctionnement plus altéré dans plusieurs domaines (employabilité, fct social et psychologique) chez les personnes dont la carrière de traitement est plus longue.</li> </ul>	<p><b>*Services réguliers offerts à l'ensemble de la population*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes avec hébergement à long terme</li> <li>Programmes avec hébergement à court terme</li> <li>Programmes externes</li> <li>Programmes externes avec entretien à la méthadone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une histoire de traitements antérieurs ne serait pas due à l'inefficacité des services reçus par ces personnes. Celles-ci pourraient bénéficier davantage de traitements supplémentaires (améliorations progressives) et seraient plus susceptibles d'être prêtes au changement comparativement à celles qui n'ont reçu aucun traitement antérieur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Généralisation limitée des résultats seulement aux personnes faisant appel à nouveau à des services, excluant ainsi les personnes en rechute mais qui ne sont pas admis dans un traitement par la suite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner l'efficacité des divers traitements reçus en contrôlant la présence de problèmes concomitants.</li> <li>Évaluer l'efficacité de différents niveaux et différentes intensités de traitements dans la réduction de l'usage de drogues.</li> <li>Investiguer les effets associés à un cumul de traitements, les effets modérateurs et médiateurs, l'influence de différents besoins de services des usagers et l'influence des politiques sociales sur les résultats obtenus auprès des personnes faisant appels à des services.</li> </ul>

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

Auteurs : Claus, Mannen et Schicht (1999)							
Titre : <i>Treatment career snapshots: profiles of first treatment and previous treatment clients</i>							
Objectif : Identifier et comparer les facteurs psychologiques et les besoins cliniques des personnes admises pour la première fois à un traitement pour abus de substance de celles admises à répétition.							
Echantillon	Définition de la rechute	Mesure	Variables à l'étude			Conclusion	
N/sexe/âge		Outils/méthode	Besoins de services identifiés	Services développés	Adéquation	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<ul style="list-style-type: none"> <li>7 092 adultes évalués entre 1995 et 1997 par le LEARN Central Intake Unit (CIU) puis référés à l'un des centres de traitement en toxicomanie de la ville de St-Louis aux États-Unis.</li> </ul> <p><b>Comparaison entre 2 groupes :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3 610 personnes recevant des traitements en toxicomanie pour la première fois;</li> <li>3 482 personnes ayant déjà reçu des traitements en toxicomanie dans le passé.</li> </ol>	<p>Non définie.</p> <p><i>Toute consommation d'alcool ou de drogues menant à la réadmission.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initial Standardized Assessment Protocol (Hile et al., 1998)</li> <li>Addiction Severity Index (McLellan et al., 1992)</li> <li>Brief Psychiatric Rating Scale</li> <li>Global Assessment of Functioning (American Psychiatric Association, 1994)</li> <li>Quality of Life Questionnaire</li> <li>Symptom Checklist-98</li> <li>Readiness to Change Questionnaire (Heather et Rollnick, 1993)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il n'y a pas de profil unique qui caractérise les personnes faisant appel à répétition à des services : elles présentent de multiples besoins de traitements.</li> <li>L'augmentation de la gravité de la consommation d'alcool ou de drogue(s) n'est pas le meilleur indicateur pour prédire une réadmission dans les services : la diminution de la qualité de vie et de la capacité à fonctionner et à remplir ses obligations ainsi que la motivation au changement sont de meilleurs prédicteurs. Niveau de gravité de la consommation plus élevé, plus forte proportion de personnes présentant des symptômes psychiatriques et présentant une qualité de vie plus précaire chez les personnes ayant reçu des services à plus d'une reprise.</li> </ul>	<p><b>*Services réguliers offerts à l'ensemble de la population*</b></p> <p>Aucune information sur le type de services ou de programmes reçu par les participants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes faisant appel à nouveau à des services démontrent un niveau de motivation plus élevé à apporter des changements et à s'engager dans un traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les variables à l'étude se rapportent à des facteurs psychologiques alors que les facteurs le plus fréquemment associés à la rechute relèvent plutôt de l'interaction entre des facteurs d'ordre personnel et environnemental.</li> <li>L'étude ne permet pas de discerner le moment d'apparition et la trajectoire des problèmes présentés par les participants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étudier davantage les facteurs et processus associés à une « carrière de traitements ».</li> <li>Utiliser un devis longitudinal.</li> <li>S'intéresser plus particulièrement aux personnes dépendantes présentant un diagnostic de trouble psychiatrique concomitant.</li> <li>La présence d'un trouble psychiatrique et le niveau de motivation de l'usager sont des données dont les cliniciens devraient tenir compte pour ajuster leurs interventions.</li> </ul>

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

<b>Auteurs : Dennis, Scott et Funk (2003)</b>							
<b>Titre : <i>An experimental of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders</i></b>							
<b>Objectif : Évaluer l'efficacité d'un protocole d'intervention (RMC) auprès de personnes dépendantes à risque ou ayant expérimenté un rechute.</b>							
<b>Échantillon</b>	<b>Définition de la rechute</b>	<b>Mesure</b>	<b>Variables à l'étude</b>			<b>Conclusion</b>	
<i>N/sexe/âge</i>		Outils/méthode	<i>Besoins de services identifiés</i>	<i>Services développés</i>	<i>Adéquation</i>	<i>Limites (selon les auteurs)</i>	<i>Recommandations (selon les auteurs)</i>
<p>• 448 adultes âgés de 18 ans et plus dépendants à une substance, admis de façon répétée dans le centre de traitement Haymarket aux États-Unis entre février et avril 2000.</p> <p>• <b>Groupe contrôle :</b> Assignation à un des programmes de traitement offert par le centre (résidentiel ou externe)</p> <p>• <b>Groupe expérimental :</b> Assignation à un des programmes de traitement offert par le centre (résidentiel ou externe) + Protocole d'intervention <i>Recovery Management Checkup</i> (RMC).</p>	<p>Non définie.</p> <p><i>Toute consommation d'alcool ou de drogues.</i></p>	<p>8 prises de mesures à raison d'une fois aux 3 mois durant 2 ans à partir de la fin du traitement.</p> <p>Entrevues face-à-face enregistrées sur matériel audio :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Global appraisal of individual needs</i> (GAIN) (Dennis et al., 2003) ;</li> <li>• <i>Participant Screener Form</i> (informations sociodémographiques, fréquence d'utilisation des services, critères d'inclusion/exclusion aux traitements ;</li> <li>• Questionnaire maison inspiré du <i>Texas Christian University treatment motivation scales</i> et intégrant des items similaires au GAIN ;</li> <li>• Grille de cotation maison identifiant les critères d'éligibilité, les besoins justifiant une intervention RMC et les interventions réalisées (Groupe contrôle seulement) ;</li> </ul> <p>Échantillon d'urine et de salive à la fin de l'étude</p>	—	<p><b>**Service offert spécifiquement à une population de personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes (outil de dépistage) **</b></p> <p><i>Recovery Management Checkup</i> (RMC) → Suivi régulier des besoins de traitements additionnels des personnes suite au traitement + Entrevue motivationnelle → permet la réadmission précoce au traitement en cas de rechute (Early re-intervention--ERI) et un meilleur appariement aux services.</p>	<p>• L'intervention RMC est efficace pour dépister les personnes en besoins ou à risque de rechute, augmente le nombre de traitements reçus et entraîne des effets positifs notamment dans l'augmentation de l'engagement et de la rétention aux traitements subséquents et dans la réduction des besoins de services de ces personnes à la fin de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque que plusieurs personnes qui auraient bénéficié de l'intervention RMC n'aient pas été incluses dans l'étude.</li> <li>• Le protocole d'intervention a été modifié en cours de route afin de répondre à des besoins culturels, de transport et de contrôle des performances.</li> <li>• Aucune certitude comme quoi les participants réadmis au traitement sont réellement engagés dans celui-ci.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude démontre l'importance des suivis post-traitement auprès des personnes avec une histoire de dépendance chronique à une substance.</li> <li>• Répliquer la même étude en employant la version modifiée du protocole d'intervention.</li> <li>• Identifier une personne impliquée dans le traitement en mesure de faciliter et de s'assurer de l'engagement du participant.</li> </ul>

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

Auteurs : Grella, Hser, et Hsieh (2003)							
Titre : <i>Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS</i>							
Objectif : Examiner les facteurs personnels, sociaux et les conditions liées au traitement associés à une nouvelle demande de services suite à une rechute de cocaïne.							
Échantillon	Définition de la rechute	Mesure	Variables à l'étude			Conclusion	
N/sexe/âge		Outils/méthode	Besoins de services identifiés	Services développés	Adéquation	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<ul style="list-style-type: none"> <li>347 adultes dépendants à la cocaïne, âgés entre 25 et 39 ans, admis plus d'une fois dans un des 96 programmes de traitement des États-Unis entre 1991 et 1993 et ayant expérimenté une rechute, recrutés dans le cadre de l'étude menée par le Drug Abuse Treatment Outcomes Studies (DATOS).</li> </ul>	<i>Toute consommation de cocaïne, incluant la freebase, le crack ou une combinaison de cocaïne et d'héroïne (speedballs) au cours de la période de suivi ou une fois le traitement complété.</i>	<p>Suivi sur une période de 5 ans ; 3 entrevues :</p> <p><u>Au moment de l'admission au programme</u> : informations sociodémographiques, histoire de consommation de drogues et d'alcool, antécédents judiciaires, Addiction Severity Index (1992), Diagnostic Interview Schedule (1981), Composite International Diagnostic Interview (1983), Symptom Checklist-90 (1973).</p> <p><u>Un an après la fin du programme</u> : Informations sur le type de traitement reçu pendant et suite à l'admission, les conditions et la rétention au traitement, le niveau de satisfaction du participant et l'usage de drogues ;</p> <p><u>Cinq ans après la fin du programme</u> : Usage de drogues, type de traitements reçus, raisons et conditions de leur utilisation ;</p> <p>Échantillon d'urine et capillaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau de gravité de la consommation plus élevé chez les personnes qui font appel à nouveau à des services ;</li> <li>Besoins de services plus nombreux chez les personnes qui entrent à nouveau dans les services, en particulier au niveau de l'aide à l'employabilité.</li> </ul>	<p><b>*Services réguliers offerts à l'ensemble de la population*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes avec hébergement à long terme</li> <li>Programmes avec hébergement à court terme</li> <li>Programmes externes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes faisant appels à nouveau aux services d'aide croient plus fortement en leur capacité à bénéficier de ces services et en l'habileté de ces derniers à répondre à leurs besoins que celles ayant expérimenté un rechute mais n'ayant pas redemandé d'aide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La validité des données recueillies sur la rechute est discutable : informations auto-révélées, échantillons d'urine et capillaire recueillies seulement à la fin de l'étude (ces échantillons permettent d'établir s'il y a eu consommation de cocaïne au cours des 72 dernières heures seulement);</li> <li>Généralisation limitée des résultats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prestation de services auprès des personnes dépendantes présentant un profil de consommation plus grave ou faisant appel à répétition à des services devrait s'effectuer sur une plus longue période de temps afin de pouvoir s'attaquer aux nombreux problèmes associés à l'usage chronique de psychotropes.</li> </ul>

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

Auteurs : Hser, Grella, Hsieh, Anglin et Brown (1999a)							
Titre : <i>Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS</i>							
Objectifs : 1) Identifier et comparer les facteurs associés à des résultats positifs chez les personnes faisant appel à des services d'aide pour la première fois en regard de leur dépendance à la cocaïne et celles ayant une histoire de traitements répétés ; 2) Étudier l'influence de facteurs psychosociaux (i.e. contexte environnemental, réseau social de soutien, etc) sur le maintien des gains obtenus suite au traitement.							
Echantillon	Définition de la rechute	Mesure	Variables à l'étude			Conclusion	
N/sexe/âge		Outils/méthode	Besoins de services identifiés	Services développés	Adéquation	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<ul style="list-style-type: none"> <li>789 adultes âgés de 18 ans et plus aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance à la cocaïne admis entre 1991 et 1993 dans un des 96 programmes de traitement des États-Unis et recrutés dans le cadre de l'étude menée par le Drug Abuse Treatment Outcomes Studies (DATOS).</li> </ul> <p><b>Comparaison entre 2 groupes :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>406 personnes admises pour la première fois dans les services du DATOS ;</li> <li>383 personnes ayant fait appel à des services au moins à 3 reprises avant leur admission aux services du DATOS.</li> </ol>	<p>Non définie.</p> <p>Toute consommation abusive d'alcool ou de drogues suite à une phase de rétablissement ou une fois le traitement complété ou suite à une période d'abstinence.</p>	<p>4 entrevues face-à-face au moment de l'admission, 1 mois, 3 mois et 6 mois suivant le début du traitement et 12 mois après la fin du traitement ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thèmes abordés : Histoire de traitements antérieurs, type, intensité et durée de la consommation, présence de traits antisociaux, dépressifs et anxieux, antécédents criminels et judiciaires, motivation et préparation au changement, reconnaissance du problème (désir d'être aidé et de recevoir des services) (<i>Desire for help questionnaire</i>), besoins (alcool, psychologique, médical, employabilité, familial, légal, financier) (<i>Addiction Severity Index</i>), nombre, type et modalités des traitements reçus, nombre de besoins non-comblés, niveau de satisfaction face au traitement, contexte environnemental suite au traitement (support de la famille ou de la communauté, implication dans des activités criminelles), consommation VS abstinence suite au traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes ayant une histoire de traitements répétés sont plus nombreux à être dépendants à l'héroïne, ont une plus longue histoire de consommation de drogues, sont plus susceptibles d'avoir expérimenté d'autres drogues que celle associée à leur dépendance avant leur admission au traitement et commettent un plus grand nombre de délits.</li> <li>Ces personnes perçoivent davantage avoir besoin de services dans plusieurs sphères de leur vie pour leur consommation, particulièrement au niveau de leur intégration au marché du travail et de leurs relations familiales.</li> <li>Les personnes ayant une histoire plus longue de traitements expriment une plus grande reconnaissance de leur problème de consommation et rapportent davantage le désir de recevoir de l'aide.</li> </ul>	<p><b>*Services réguliers offerts à l'ensemble de la population*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes avec hébergement à long terme ;</li> <li>Programmes avec hébergement à court terme ;</li> <li>Programmes externes ;</li> <li>Programmes externes de substitution à la méthadone.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes ayant une plus longue histoire de traitements rapportent avoir un plus grand nombre de besoins non-comblés suite aux traitements reçus.</li> <li>Les usagers ayant reçu le support de leur entourage ou d'un groupe d'entraide sont moins à risque de rechuter et plus enclins à demeurer abstinents.</li> <li>Nombre moins élevé de consultations individuelles → impact plus significatif auprès des usagers avec une plus grande carrière de traitements.</li> <li>Moins grande adhérence aux règles du programme chez ces usagers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Généralisation limitée des résultats aux consommateurs de cocaïne.</li> <li>Les différentes modalités et conditions des traitements n'ont pas été prises en considération et été contrôlées dans les analyses.</li> <li>Devis non-expérimental limite les possibilités d'inférer des liens causaux.</li> <li>Plusieurs variables prédictives de l'efficacité des traitements, ont été évaluées en cours de traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des analyses devraient être aussi conduites auprès de consommateurs d'autres substances.</li> <li>Évaluer les modalités spécifiques de chacun des traitements dans une perspective d'amélioration des services.</li> <li>Valider les résultats en utilisant un devis longitudinal.</li> </ul>



Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

Auteurs : Hser, Joshi, Anglin et Fletcher (1999b)							
Titre : <i>Predicting post-treatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters</i>							
Objectif : Identifier les différences entre les personnes admises pour la première fois à un programme de traitement en toxicomanie au niveau de leurs caractéristiques avant le traitement, leur réponse au traitement et quant aux caractéristiques du programme associées au maintien de l'abstinence après le traitement.							
Échantillon	Définition de la rechute	Mesure	Variables à l'étude			Conclusion	
<i>N/sex/âge</i>		Outils/méthode	<i>Besoins de services identifiés</i>	<i>Services développés</i>	<i>Adéquation</i>	<i>Limites (selon les auteurs)</i>	<i>Recommandations (selon les auteurs)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>507 adultes âgés de 18 ans et plus aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance à la cocaïne admis entre 1991 et 1993 dans un des 18 programmes de traitement avec hébergement des États-Unis et recrutés dans le cadre de l'étude menée par le Drug Abuse Treatment Outcomes Studies (DATOS).</li> </ul>	<p>Non définie.</p> <p><i>Toute consommation de drogue suite à une période d'abstinence ou un traitement.</i></p>	<p>3 entrevues face-à-face au moment de l'admission (2 parties) et une fois le programme terminé.</p> <p>Thèmes abordés (codifiés de façon dichotomique) : Histoire de traitements antérieurs, utilisation de <i>crack</i>, nombre et type de délits commis dans le passé et au cours de la dernière année, statut et antécédents judiciaires, traits anxieux, dépressifs ou antisociaux, durée de participation au traitement, consommation VS abstinence suite au traitement.</p> <p>Codification des caractéristiques des programmes de traitement reçus : type et fréquence des services, structure et règles, philosophie, informations sur le personnel, fréquence des rencontres individuelles ou des activités thérapeutiques.</p> <p>Échantillon d'urine collecté à la fin de l'étude auprès de 114 participants choisis aléatoirement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau de gravité de la consommation plus élevé chez les personnes faisant appel à des services de façon répétée.</li> <li>Plus grande propension à être impliqué dans des activités criminelles dans ce même groupe d'utilisateurs.</li> </ul>	<p><b>*Services réguliers offerts à l'ensemble de la population*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes avec hébergement à long terme</li> <li>Programmes avec hébergement à court terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comparativement aux personnes admises pour la première fois, les personnes présentant une plus longue histoire de traitements profitent de façon égale des services reçus en terme de succès si celles-ci adhèrent au traitement sur une période de temps suffisamment longue pour profiter pleinement du programme.</li> <li>Les deux groupes répondent et sont influencés de façon similaire aux caractéristiques des traitements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants du DATOS présentent une durée plus longue de rétention au traitement que les taux retrouvés dans la littérature (généralisation limitée des résultats aux personnes bénéficiant de services à court terme)</li> <li>Forte proportion d'afro-américains et de personnes sans emplois (généralisation limitée des résultats)</li> <li>Outils et devis de recherche requièrent de la prudence dans l'interprétation des résultats en ce qui concerne la possibilité d'inférer des liens causaux entre les variables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner d'autres variables associées aux traitements reçus dans le passé.</li> <li>Répliquer l'étude auprès d'un échantillon plus représentatif ou auprès de personnes bénéficiant d'hébergement à court terme ou d'autres types de services.</li> </ul>

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

<b>Auteurs : Rash, Alessi et Petry (2008)</b>							
<b>Titre : <i>Contingency management is efficacious for cocaine abusers with prior treatment attempts</i></b>							
<b>Objectif : Tester l'efficacité d'une intervention comportementale sur l'augmentation de la rétention et de la motivation au traitement auprès d'adultes cocaïnomanes présentant une histoire de traitements antérieurs.</b>							
<b>Échantillon</b>	<b>Définition de la rechute</b>	<b>Mesure</b>	<b>Variables à l'étude</b>			<b>Conclusion</b>	
<i>N/sexe/âge</i>		Outils/méthode	<i>Besoins de services identifiés</i>	<i>Services développés</i>	<i>Adéquation</i>	<i>Limites (selon les auteurs)</i>	<i>Recommandations (selon les auteurs)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 393 adultes âgés de 18 ans et plus aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance à la cocaïne admis entre 1998 et 2004 dans un des 4 centres de traitements des États-Unis participant à l'étude.</li> </ul> <p><b>Comparaison entre 2 groupes :</b></p> <p>3) 87 personnes admises pour la première ou la seconde fois dans des services d'aide.</p> <p>4) 306 personnes ayant fait appel à des services au moins à 2 reprises dans le passé.</p>	<p><i>Toute consommation d'alcool ou de drogues au cours de la période de suivi ou une fois le traitement complété. L'abstinence est le critère pour déterminer s'il y a eu rechute ou non.</i></p>	<p>Entrevue face-à-face au moment de l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations sociodémographiques</li> <li>• Informations auto-rapportées concernant le nombre et le type de traitements reçus;</li> <li>• Addictions Severity Index (McLellan <i>et al.</i>, 1985) ;</li> <li>• Structured Clinical Interview for the DSM-IV (First <i>et al.</i>, 1996);</li> </ul> <p>Échantillons d'haleine et d'urine collectés sur une base régulière.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de gravité de la consommation plus élevé chez les personnes qui font appel à des services à de multiples reprises.</li> <li>• Plus grande propension à éprouver des difficultés au niveau de l'employabilité.</li> </ul>	<p><b>* Services réguliers offerts à l'ensemble de la population*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme externe : comprend des sessions de thérapie de groupe quotidiennes ou hebdomadaires, selon les besoins de la personne, basées sur l'acquisition d'habiletés, sur un modèle psychoéducatif et des 12 étapes (N.A.).</li> <li>• Assignment aléatoire des participants à un traitement comportant une intervention supplémentaire de type behavioral (Contingency Management).</li> <li>• Le CM comprend des renforcements positifs lorsque les tests d'haleine et d'urine sont négatifs. Ces renforcements se traduisent notamment par des compensations monétaires, des prix ou des bons d'achats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La participation à l'intervention CM est associée à l'augmentation de la durée de rétention au traitement chez les personnes présentant une histoire de traitements multiples.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants n'ont pas été assignés à l'intervention CM en fonction de leur histoire de traitement (assignment aléatoire peut importe le groupe de comparaison).</li> <li>• Données se rattachant à l'histoire de traitement des participants obtenues de façon auto-rapportée. Risque d'erreurs au niveau du nombre et du type de traitements reçus dans le passé et de la durée de ces traitements en raison de la nature subjective des informations recueillies.</li> <li>• Les participants inclus dans le premier groupe présentent soit aucun ou un seul traitement antérieur à leur actif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner l'impact de cette intervention auprès de sous-groupes de personnes n'ayant jamais reçu de services dans le passé et d'individus présentant une histoire de traitements multiples.</li> </ul>

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

Auteurs : Scott et Dennis (2009)							
Titre : <i>Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users</i>							
Objectif : Tester l'efficacité d'une deuxième version de l'intervention <i>Recovery Management Checkups</i> (RMC) auprès d'adultes présentant une dépendance chronique à une substance.							
Echantillon	Définition de la rechute	Mesure	Variables à l'étude			Conclusion	
N/sex/âge		Outils/méthode	Besoins de services identifiés	Services développés	Adéquation	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 448 adultes, âgés en moyenne de 36 à 38 ans, présentant une dépendance à une substance et admis de façon répétée dans le centre de traitement Haymarket de Chicago aux États-Unis.</li> <li>• <b>Groupe contrôle :</b> Assignation à un des programmes de traitement offert par le centre (résidentiel ou externe).</li> <li>• <b>Groupe expérimental</b> Assignation à un des programmes de traitement offert par le centre (résidentiel ou externe) + version modifiée du protocole d'intervention <i>Recovery Management Checkup</i> (RMC).</li> </ul>	<p>Non définie.</p> <p><i>Poursuite de la consommation une fois le traitement terminé (in community using).</i></p>	<p>11 collectes de données sur une période de 2 ans à raison d'une fois aux 2 mois à partir de la fin du traitement</p> <p>Entrevues face-à-face enregistrées sur matériel audio :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Global appraisal of individual needs</i> (GAIN) (Dennis et al., 2003) ;</li> <li>• Collecte d'un échantillon d'urine 12 et 24 mois après le début de l'étude.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes ne faisant pas appel à des services d'aide suite à une rechute sont plus à risque de voir leur situation se détériorer (augmentation des besoins de services).</li> <li>• Les services de support et d'encadrement (monitoring) offerts plus fréquemment et sur une plus longue période de temps entraînent de meilleurs résultats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>** Service offert spécifiquement à une population de personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes (outil de dépistage) **</b></li> <li>• <i>Recovery Management Checkup</i> (RMC) → Suivi régulier des besoins de traitements additionnels des personnes suite au traitement + Entrevue motivationnelle → permet la réadmission précoce au traitement en cas de rechute (<i>Early re-intervention--ERI</i>) et un meilleur appariement aux services d'aide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le protocole RMC est une intervention efficace dans l'évaluation des besoins de services et contribue à la réadmission et au rétablissement des personnes à risque ou expérimentant une rechute.</li> <li>• La participation à l'intervention RMC entraîne la réduction du nombre de besoins non-comblés à travers le temps et s'avère efficace à long terme dans le traitement de la dépendance chronique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devis de l'étude que ne permet pas une comparaison fiable avec la première version de l'intervention RMC.</li> <li>• Généralisation limitée des résultats à une autre nation ou population clinique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répliquer la même étude auprès d'un échantillon plus représentatif des utilisateurs de services publics aux États-Unis ainsi qu'auprès d'autres communautés, nations et populations cliniques.</li> <li>• Des suivis post-traitement et l'accessibilité rapide à des traitements en cas de rechute devraient être offerts par les services d'aide en dépendances, particulièrement aux personnes présentant des problèmes plus sévères, complexes et chroniques.</li> <li>• Évaluer le rapport coûts/bénéfices de ce type d'intervention.</li> </ul>

Tableau 1 : Caractéristiques des études recensées (suite)

<b>Auteurs : Scott, Dennis et Foss (2005)</b>							
<b>Titre : Utilizing Recovery Management Checkups to shorten the cycle of relapse, treatment re-entry, and recovery</b>							
<b>Objectifs :</b> 1) Documenter la fréquence, le type et les prédicteurs des transitions observées entre la rechute, le retour dans un programme de traitement et le rétablissement ; 2) Examiner les effets d'une intervention auprès de personnes en rechute sur le temps d'admission à un traitement, le niveau de participation et la quantité de traitements reçus ; 3) Déterminer la capacité de ce type d'intervention et des autres facteurs personnels et environnementaux à prédire les transitions entre la rechute, la réadmission dans un programme de traitement et le rétablissement.							
<b>Échantillon</b>	<b>Définition de la rechute</b>	<b>Mesure</b>	<b>Variables à l'étude</b>			<b>Conclusion</b>	
<i>N/sexe/âge</i>		<i>Outils/méthode</i>	<i>Besoins de services identifiés</i>	<i>Services développés</i>	<i>Adéquation</i>	<i>Limites (selon les auteurs)</i>	<i>Recommandations (selon les auteurs)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>448 adultes âgés de 18 ans et plus dépendants à une substance, admis de façon répétée dans le centre de traitement Haymarket aux États-Unis entre février et avril 2000.</li> <li><b>Groupe contrôle:</b> Assignation à un des programmes de traitement offert par le centre (résidentiel ou externe).</li> <li><b>Groupe expérimental:</b> Assignation à un des programmes de traitement offert par le centre (résidentiel ou externe) + Protocole d'intervention <i>Recovery Management Checkup</i> (RMC).</li> </ul>	<p>Non définie</p> <p><i>Poursuite de la consommation une fois le traitement terminé (in community using).</i></p> <p><i>Passage de l'abstinence ou de l'absence de problèmes à la consommation problématique d'alcool ou de drogues (recovery to in community using).</i></p>	<p>7 prises de mesures à raison d'une fois aux 3 mois durant 2 ans à partir de la fin du traitement</p> <p>Entrevues face-à-face enregistrées sur matériel audio :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Global appraisal of individual needs</i> (GAIN) (Dennis et al., 2003) ;</li> <li><i>Participant Screener Form</i> (informations sociodémographiques, fréquence d'utilisation des services, critères d'inclusion/exclusion aux traitements ;</li> <li>Questionnaire maison inspiré du <i>Texas Christian University treatment motivation scales</i> et intégrant des items similaires au GAIN ;</li> <li>Grille de cotation maison identifiant les critères d'éligibilité, les besoins justifiant une intervention RMC et les interventions réalisées (Groupe contrôle seulement).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre de traitements reçus auprès de cette population influencent positivement la transition vers le rétablissement.</li> <li>La gravité du problème de consommation diminue les chances que les personnes en rechute fassent de nouveau appel à des services alors que l'espoir et la motivation à résoudre ses problèmes, le désir de recevoir de l'aide et l'assignation à l'intervention RMC augmentent ces chances.</li> <li>La sévérité du problème de consommation, les risques attribuables à l'environnement de la personne au début de son rétablissement et les difficultés à accéder aux traitements influencent négativement la transition des personnes en rechute vers le rétablissement.</li> </ul>	<p><b>**Service offert spécifiquement à une population de personnes ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes (outil de dépistage) **</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Recovery Management Checkup</i> (RMC) → Suivi régulier des besoins de traitements additionnels des personnes suite au traitement + Entrevue motivationnelle → permet la réadmission précoce au traitement en cas de rechute (<i>Early re-intervention-ERI</i>) et un meilleur appariement aux services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intervention RMC est efficace pour dépister les personnes en besoin ou à risque de rechute, augmente le nombre de traitements reçus et le niveau de participation, ce qui influence positivement la transition vers le rétablissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fréquence des différentes collectes de données sous-estime le nombre de transitions pouvant être observées ;</li> <li>L'utilisation de mesures auto-rapportées sous-estime le nombre de personnes poursuivant leur consommation ou qui auraient besoin de services d'aide ;</li> <li>Risque de sous-représentation du modèle utilisé et des variables retenues pour les analyses ;</li> <li>Généralisation limitée des résultats à une autre nation ou population clinique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Écourter le temps entre les collectes de données.</li> <li>Utiliser des mesures biologiques (urine, salive) dans un but de validation des données auto-rapportées.</li> <li>Déterminer si d'autres facteurs ou un cumul de variables seraient à considérer.</li> <li>Réplicuer la même étude dans d'autres communautés et auprès d'autres populations cliniques.</li> <li>Des modèles efficaces de suivi post-traitement devraient être développés par les services d'aide en dépendances.</li> </ul>

## **ANNEXE B**

### **ATTESTATIONS DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE**



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

Comité d'éthique de la recherche  
Éducation et sciences sociales

### **Attestation de conformité**

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

**Intervenir auprès de toxicomanes adultes en rechute : point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant**

**Amélie Gormley**

Étudiante, Maîtrise en psychoéducation, Faculté d'éducation

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec les êtres humains*.

#### **Membres du comité**

André Balleux, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, département de pédagogie.

France Beauregard, professeure à la Faculté d'éducation, département d'enseignement au préscolaire et primaire

France Jutras, professeure à la Faculté d'éducation, département de pédagogie

Myriam Laventure, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation

Julie Myre-Bisaillon, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'adaptation scolaire et sociale

Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive

Serge Striganuk, professeur à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation

Eric Yergeau, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'orientation professionnelle

France Dupuis, membre représentante du public

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

André Balleux, 13 janvier 2011

**Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)**  
Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

Montréal, ce 17 février 2011

Madame Myriam Laventure  
Université de Sherbrooke  
Département de Psychoéducation  
2500, boul. Université  
Sherbrooke Qc J1K 2R1

**Objet :** CÉRT 2010-122 : *Intervenir auprès d'adultes toxicomanes en rechute : point de vue de l'usager et de l'intervenant* (Chercheur principal : Myriam Laventure; Étudiante maîtrise en psychoéducation Amélie Gormley)

**APPROBATION FINALE (COMITÉ RESTREINT)**

---

Madame Laventure

Nous avons pris connaissance des documents que vous nous avez fait parvenir en réponse aux commentaires soulevés dans notre lettre du 4 février 2011. La qualité des réponses et les modifications apportées aux formulaires d'information et de consentement et au script téléphonique sont satisfaisantes à tout point de vue.

La présente constitue l'approbation finale de votre projet, laquelle est valide pour un an à compter de la date d'approbation finale, soit jusqu'au 17 février 2012. À la date anniversaire, vous devrez compléter le formulaire de suivi annuel vous demandant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet. Cette approbation finale suppose également que vous vous engagez :

- À respecter la présente décision qui vaut seulement pour le Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudières-Appalaches (CRAT-CA) ;
- À tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet;
- À aviser le CÉRT dans les plus brefs délais de tout *incident* en cours de projet ainsi que tout *changement ou modification* que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement ;
- À notifier au CÉRT dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- À communiquer au CÉRT toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet que formulerait un organisme subventionnaire ou de réglementation;

- À informer le CÉRT de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CÉRT;
- À notifier au CÉRT l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- À remettre au CÉRT un rapport final faisant état des résultats de la recherche.

Les formulaires sont disponibles sur le site [www.centredollardcornier.qc.ca](http://www.centredollardcornier.qc.ca) à la section Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie sous la rubrique Centre Dollard-Cornier.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Élodie Petit  
Vice-présidente du CÉRT

c.c. : Répondant du CRAT-CA (Michel Larochelle)



## **ANNEXE C**

### **GUIDES D'ENTREVUE**

**INTERVENIR AUPRÈS D'ADULTES TOXICOMANES EN RECHUTE : POINT DE VUE  
DE L'USAGER ET DE L'INTERVENANT**

**GUIDE D'ENTREVUE À L'INTENTION DES USAGERS**

**1. Données factuelles**

Âge du participant :	_____
Sexe :	_____
Statut civil :	_____
Statut d'emploi :	_____
Substance(s) consommée(s) ayant mené à la demande de services au CRAT-CA:	_____ _____
Autre(s) substance(s) consommée(s) :	_____ _____
Âge de la première consommation :	_____
Âge du début de la consommation régulière :	_____ _____
Date du début de la consommation abusive :	_____ _____
Nombre et durée moyenne des périodes d'abstinence ou de rétablissement:	_____ _____

**2. Questionner le participant sur ses expériences de rechute :**

- Nombre de rechute(s) : \_\_\_\_\_
- Date de la première rechute : \_\_\_\_\_
- Date de la dernière rechute : \_\_\_\_\_
- Nombre d'admission(s) au CRAT-CA : \_\_\_\_\_
- Date de la dernière admission : \_\_\_\_\_
- Type(s) de services reçus (depuis la dernière admission) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Questionner la personne sur les services qu'elle reçoit actuellement et sur ceux qu'elle a reçus dans le passé. Établir avec celle-ci la chronologie de ces services en y inscrivant le type de services reçus (thérapie, suivi individuel, groupes d'entraide, soins médicaux, psychologue, psychiatre, CLSC, suivi familial, centre jeunesse, etc.) et l'année au cours de laquelle les services ont été reçus. Inscrive aussi les périodes de rechute lorsque possible.**

**\*\* Vérifier à cette question si l'utilisateur a déjà reçu et a présentement un diagnostic de santé mentale. \*\***

**4. Questionner le participant sur les raisons ayant mené a) à la rechute ainsi que b) à sa réadmission dans les services.**

- Mode de vie
- Exposition à des situations ou des événements à risque, envies de consommer
- Besoins (prioritaires et secondaires)
- Motivation(s) de l'utilisateur
- Conséquences vécues en lien avec la consommation ou au cours de la rechute
- Types de services recherchés
- Attentes du participant envers ces services

**5. Obtenir la perception du participant sur le type de services qui auraient pu et qui pourraient prévenir davantage une éventuelle rechute.**

- Services du CRAT-CA
- Autres organismes de la communauté
- Autres formes de soutien, entraide
- Services spécifiquement développés pour les personnes en rechute ou pour prévenir la rechute

**6. Demander à la personne si elle a déjà abandonné une démarche d'aide dans le passé et, si c'est le cas, les raisons qui l'ont amenée à quitter les services.**

**7. Demander au participant comment les intervenants psychosociaux pourraient 1) contribuer à diminuer les risques de rechute chez les usagers et 2) favoriser le maintien des usagers dans les services et leur retour suite à une rechute.**

- Type(s) d'intervention
- Approches du clinicien
- Attitudes professionnelles
- Qualités du clinicien
- Relation avec le professionnel

**8. Demander au participant s'il a la perception que les services qu'il reçoit actuellement répondent à ses besoins. Faire nommer à la personne ses besoins et quel(s) type(s) de services répond et/ou pourrait répondre à ceux-ci.**

**9. Demander au participant des suggestions d'interventions quant aux services ou aux interventions qui pourraient être développés spécifiquement 1) pour prévenir la rechute et 2) pour les personnes en rechute qui reviennent dans les services.**

- Exemples : programme, atelier, individuel, groupe, etc.
- CRAT-CA
- Autres organismes
- Partenariat
- Approches cliniques

---

---

**\*\*N'oubliez pas de remercier le participant pour sa contribution à la  
recherche et de lui remettre sa compensation monétaire. \*\***

Nom de l'intervieweur(e) : \_\_\_\_\_

Date de l'entrevue : 2011 /    /

Durée de l'entrevue :        minutes

---

---

**\*\*À faire compléter par le participant \*\***

Je reconnais avoir reçu une compensation financière de 30\$ pour ma participation à la  
recherche.

\_\_\_\_\_  
Signature

Date :    2011        /        /

---

---

**INTERVENIR AUPRÈS D'ADULTES TOXICOMANES EN RECHUTE : POINT DE VUE  
DE L'USAGER ET DE L'INTERVENANT**

**GUIDE D'ENTREVUE À L'INTENTION DES INTERVENANTS**

**1. Données factuelles**

Âge :	_____
Sexe :	_____
Statut d'emploi <sup>8</sup> :	_____
Secteur d'activité :	_____
Expérience au sein du CRAT-CA (mois) :	_____
Nombre d'usagers ayant vécu au moins une rechute <sup>9</sup> :	_____
Nombre d'usagers ayant fait appel plus d'une fois à des services du CRAT-CA <sup>10</sup> :	_____
Pourcentage d'usagers ayant déjà expérimenté une rechute dans le passé <sup>11</sup> :	_____

---

<sup>8</sup> Spécifier si l'intervenant occupe un poste à temps plein ou à temps partiel

<sup>9</sup> Usagers faisant partis de la charge de cas actuelle de l'intervenant.

<sup>10</sup> *Idem.*

<sup>11</sup> Ratio basé sur une approximation de l'intervenant en fonction de l'ensemble de son expérience clinique.

**2. Demander au participant son point de vue quant aux motivations des usagers en rechute les poussant à faire de nouveau appel à des services d'aide.**

- Attentes du participant envers ces services
- Conséquences vécues en lien avec la consommation ou au cours de la rechute
- Mode de vie

**3. Questionner le participant sur sa perception des principaux besoins des usagers lorsqu'ils sont confrontés à une rechute.**

- Besoins prioritaires et secondaires
- Conséquences vécues en lien avec la consommation ou au cours de la rechute

**4. Demander au participant quels sont les services qui sont actuellement offerts aux usagers confrontés à une rechute**

- Services du CRAT-CA (interne, externe, individuel, groupe)
- Partenaires ou autres organismes de la communauté
- Services spécifiquement développés par le CRAT-CA ou d'autres organismes pour les personnes en rechute ou pour prévenir la rechute

**5. Obtenir la perception du participant sur les services qui auraient pu et qui pourraient prévenir davantage une éventuelle rechute.**

- Services du CRAT-CA
- Partenaires ou autres organismes de la communauté
- Services spécifiquement développés pour les personnes en rechute ou pour prévenir la rechute
- Autres formes de soutien, entraide



6. Demander au participant s'il a la perception que les services offerts ou disponibles actuellement répondent aux besoins des usagers en rechute. Faire nommer à l'intervenant les besoins perçus chez ces usagers et quel(s) type(s) de services répond et/ou pourrait répondre à ceux-ci.
7. Demander au participant comment les intervenants psychosociaux pourraient 1) contribuer à diminuer les risques de rechute chez les usagers et 2) favoriser le maintien des usagers dans les services et leur retour suite à une rechute.
- Type(s) d'intervention
  - Approches du clinicien
  - Attitudes professionnelles
  - Qualités du clinicien
  - Relation avec le professionnel
8. Demander au participant des suggestions d'interventions quant aux services ou aux interventions qui pourraient être développés spécifiquement 1) pour prévenir la rechute et 2) pour les personnes en rechute qui reviennent dans les services.
- Exemples : programme, atelier, individuel, groupe, etc.
  - CRAT-CA
  - Autres organismes
  - Partenariat
  - Approches cliniques

---

**\*\* N'oubliez pas de remercier le participant pour sa contribution à la  
recherche \*\***

**Nom de l'intervieweur(e) :** \_\_\_\_\_

**Date de l'entrevue :** 2011/    /

**Durée de l'entrevue :**        minutes

---

## **ANNEXE D**

### **TABLE DE CODIFICATION**

## TABLE DE CODIFICATION

1. RAISONS DE RETOUR DANS LES MÊMES SERVICES SUITE À UNE RECHUTE
  - 1.1 **Appréciation et confiance à l'égard des services reçus antérieurement**  
(21 références de 7 usagers et 5 intervenants)
  - 1.2 **Expérience de conséquences négatives**  
(22 références de 8 usagers et 4 intervenants)
  - 1.3 **Désir d'être accompagné dans sa démarche de changement**  
(21 références de 7 usagers et 3 intervenants)
  - 1.4 **Motivations internes**  
(15 références de 6 usagers et 1 intervenant)
  - 1.5 **Motivations externes**  
(12 références de 5 usagers et 1 intervenant)
  - 1.6 **Reprise ou poursuite de la démarche**  
(5 références de 2 usagers et 2 intervenants)
  - 1.7 **Désir de retrouver les avantages de l'arrêt de consommation**  
(7 références de 1 usager et 2 intervenants)
  - 1.8 **Recevoir une plus grande intensité de services**  
(3 références de 2 usagers et 1 intervenant)
  - 1.9 **Suite à une prise de conscience**  
(3 références de 2 usagers)
  - 1.10 **Autres**  
(6 références de 6 usagers)
2. BESOINS DES USAGERS EXPÉRIMENTANT UNE OU PLUSIEURS RECHUTES
  - 2.1 **Recevoir de l'aide extérieure**  
(73 références de 11 usagers et 7 intervenants)
    - 2.1.1 *Être guidé et mieux outillé*  
(25 références de 9 usagers et 5 intervenants)
    - 2.1.2 *Être soutenu moralement*  
(22 références de 7 usagers et 3 intervenants)

- 2.1.3 *Être écouté/Se confier*  
(14 référence de 7 usagers et 3 intervenants)
- 2.1.4 *Être encadré ou pris en charge*  
(12 références de 3 usagers et 5 intervenants)
- 2.2 **Améliorer son bien-être psychologique**  
(51 références de 9 usagers et 9 intervenants)
  - 2.2.1 *Apprendre à mieux gérer ses émotions*  
(23 références de 6 usagers et 7 intervenants)
  - 2.2.2 *Résoudre un deuil ou un traumatisme*  
(9 références de 5 usagers et 2 intervenants)
  - 2.2.3 *Vivre mieux et être plus heureux*  
(9 références de 3 usagers et 4 intervenants)
  - 2.2.4 *Développer l'estime de soi*  
(10 références de 2 usagers et 3 intervenants)
- 2.3 **Améliorer son réseau social et ses relations interpersonnelles**  
(25 références de 9 usagers et 7 intervenants)
- 2.4 **Prendre un temps d'arrêt**  
(14 références de 3 usagers et 6 intervenants)
- 2.5 **Besoins de base**  
(16 références de 3 usagers et 5 intervenants)
- 2.6 **Réorganiser sa vie**  
(12 références de 3 usagers et 5 intervenants)
- 2.7 **Être conscientisé davantage sur les causes de la consommation et de la rechute**  
(13 références de 3 usagers et 4 intervenants)
- 2.8 **Arrêter ou diminuer la consommation**  
(10 références de 5 usagers et 2 intervenants)
- 2.9 **Retourner aux études ou sur le marché du travail**  
(9 références de 2 usagers et 5 intervenants)
- 2.10 **Reprendre espoir et la motivation au changement**  
(11 références de 3 usagers et 3 intervenants)
- 2.11 **Avoir accès rapidement à de l'aide ou des services**  
(8 références de 3 usagers et 4 intervenants)
- 2.12 **Améliorer et stabiliser sa situation financière**  
(9 références de 5 intervenants)

**2.13 Recevoir une plus grande intensité de services**  
(6 références de 1 usager et 4 intervenants)

**2.14 Apprendre à mieux se connaître**  
(5 références de 5 usagers)

**2.15 Se refaire une santé physique**  
(11 références de 1 usager et 3 intervenants)

**2.16 Se mettre en action**  
(6 références de 1 usager et 3 intervenants)

**2.17 Avoir une continuité dans les services**  
(5 références de 1 usager et 2 intervenants)

**2.18 Être accepté/Ne pas être jugé**  
(6 références de 2 usagers et 1 intervenant)

**2.19 Développer ses habiletés à communiquer**  
(3 références de 3 usagers)

**2.20 Autres**  
(8 références de 1 usager et 6 intervenants)

3. SERVICES QUI POURRAIENT ÊTRE OFFERTS AUX USAGERS EN RECHUTE

**3.1 Services actuels**

*3.1.1 Services spécifiques à la clientèle en rechute*  
(25 références de 8 intervenants)

*3.1.2 Services actuels adéquats*  
(10 références de 4 usagers et 4 intervenants)

*3.1.3 Groupes d'entraide*  
(18 références de 5 usagers et 6 intervenants)

*3.1.4 Suivi individuel dans la communauté pour la toxicomanie*  
(12 références de 4 usagers et 3 intervenants)

*3.1.5 Réinsertion sociale*  
(15 références de 7 intervenants)

*3.1.6 Suivi par un centre local de services communautaires (CLSC)*  
(5 références de 4 intervenants)

- 3.1.7 *Disponibilité pendant et après l'épisode de services*  
(5 références de 4 intervenants)
- 3.1.8 *Collaboration entre les différents services*  
(8 références de 3 intervenants)
- 3.1.9 *Lits multifonctionnels (désintoxication/dépannage)*  
(8 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 3.1.10 *Organismes communautaires*  
(6 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 3.1.11 *Thérapie interne*  
(5 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 3.1.12 *Ligne d'écoute*  
(3 références de 3 usagers)
- 3.1.13 *Évaluation*  
(3 références de 2 intervenants)
- 3.1.14 *Adaptation de l'intensité des services*  
(3 références de 2 intervenants)
- 3.1.15 *Désintoxication*  
(4 références de 1 intervenant)
- 3.1.16 *Autres*  
(2 références de 1 intervenant)
- 3.1.17 *Pratiques d'intervention à privilégier*
  - 3.1.17.1 *Exploration des causes de la rechute*  
(30 références de 1 usager et 8 intervenants)
  - 3.1.17.2 *Plan de prévention de la rechute*  
(11 références de 1 usager et 6 intervenants)
  - 3.1.17.3 *Approche motivationnelle*  
(12 références de 1 usager et 5 intervenants)
  - 3.1.17.4 *Approche positive/Renforcement*  
(7 références de 5 intervenants)
  - 3.1.17.5 *Travail de conscientisation*  
(9 références de 2 usagers et 4 intervenants)
  - 3.1.17.6 *Recadrage/Normalisation de la rechute*  
(10 références de 1 usager et 3 intervenants)

- 3.1.17.7 *Accompagnement*  
(6 références de 1 usager et 3 intervenants)
- 3.1.17.8 *Travailler le volet occupationnel*  
(4 références de 2 usagers et 2 intervenants)
- 3.1.17.9 *Confrontation*  
(5 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 3.1.17.10 *Intervention adaptée à chaque personne*  
(6 références de 1 usager et 3 intervenants)
- 3.1.17.11 *Travail relationnel*  
(4 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 3.1.17.12 *Travail sur l'estime de soi*  
(3 références de 2 usagers et 1 intervenant)
- 3.1.17.13 *Gestion des émotions*  
(3 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 3.1.17.14 *Accueil*  
(3 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 3.1.17.15 *Information*  
(4 références de 2 intervenants)
- 3.1.17.16 *Plan d'action*  
(4 référence de 2 intervenants)
- 3.1.17.17 *Exemples/Images*  
(2 références de 1 usager et 1 intervenant)
- 3.1.17.18 *Développement de l'autonomie*  
(2 références de 2 intervenants)
- 3.1.17.19 *Autres*  
(4 références de 2 intervenants)

## **3.2 Services à développer**

- 3.2.1 *Responsabilité de l'utilisateur dans la prévention de la rechute*  
(26 références de 8 usagers et 2 intervenants)
- 3.2.2 *Accessibilité des services*  
(27 références de 5 usagers et 5 intervenants)



- 3.2.3 *Informations/formation sur la dépendance et la rechute*  
(20 références de 2 usagers et 7 intervenants)
- 3.2.4 *Diffusion des services disponibles dans la communauté*  
(11 références de 4 usagers et 2 intervenants)
- 3.2.5 *Intensité des services*  
(13 références de 3 usagers et 4 intervenants)
- 3.2.6 *Service téléphonique*  
(12 références de 6 usagers et 1 intervenant)
- 3.2.7 *Groupes d'entraide*  
(6 références de 1 usager et 5 intervenants)
- 3.2.8 *Suivi post-intervention*  
(11 références de 2 usagers et 3 intervenants)
- 3.2.9 *Collaboration*  
(7 références de 4 intervenants)
- 3.2.10 *Centre de jour*  
(7 références de 3 intervenants)
- 3.2.11 *Thérapie interne*  
(13 références de 1 usager et 1 intervenant)
- 3.2.12 *Outils d'évaluation*  
(11 références de 2 intervenants)
- 3.2.13 *Ateliers/cours*  
(3 références de 1 intervenant et 1 usager)
- 3.2.14 *Obligation de recevoir des services*  
(5 références de 1 usager)
- 3.2.15 *Autres*  
(6 références de 3 usagers et 2 intervenants)
- 3.2.16 *Interventions à développer*
  - 3.2.16.1 *Adapter l'intervention aux usagers chroniques et/ou en rechute*  
(10 références de 2 usagers et 3 intervenants)
  - 3.2.16.2 *Intervention de réseau*  
(11 références de 4 intervenants)
  - 3.2.16.3 *Autres*  
(3 références de 1 usager et 2 intervenants)

4. QUALITÉS ET ATTITUDES PROFESSIONNELLES FAVORISANT LE MAINTIEN OU LE RETOUR DES USAGERS EN RECHUTE DANS LES SERVICES

- 4.1 **Savoir créer la relation**  
(23 références de 7 usagers et 6 intervenants)
- 4.2 **Acceptation inconditionnelle**  
(36 références de 3 usagers et 7 intervenants)
- 4.3 **Susciter la motivation**  
(18 références de 5 usagers et 6 intervenants)
- 4.4 **Capacité d'écoute**  
(13 références de 7 usagers et 2 intervenants)
- 4.5 **Expérience de l'intervenant**  
(17 références de 6 usagers)
- 4.6 **Se montrer disponible**  
(8 références de 1 usager et 4 intervenants)
- 4.7 **Normaliser la rechute**  
(11 références de 4 intervenants)
- 4.8 **Approche de l'intervenant**
  - 4.8.1 *Autonomisation du client*  
(6 références de 4 usagers et 2 intervenants)
  - 4.8.2 *Directivité*  
(7 références de 1 usager et 2 intervenants)
  - 4.8.3 *Confrontation*  
(3 références de 1 usager et 1 intervenant)
  - 4.8.4 *Capacité à adapter son approche au client*  
(4 références de 1 usager et 2 intervenants)
- 4.9 **Être honnête**  
(6 références de 1 usager et 1 intervenant)
- 4.10 **Savoir développer l'estime de soi**  
(3 références de 1 usager et 1 intervenant)
- 4.11 **Être respectueux**  
(2 références de 2 intervenants)